KlinikRente

Allgemeine Bedingungen

für Ihre selbstständige Grundfähigkeitsversicherung

KlinikRente.Vitalschutz Komfort
KlinikRente.Vitalschutz Premium

Stand: 01.2025 (AVB_KR_GFV_2025_01)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere selbstständige Grundfähigkeitsversicherung entschieden haben. Diese Allgemeinen Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar. Wenn wir in den folgenden Kapiteln die persönliche Anrede „Sie“ nutzen, sprechen wir damit unseren Vertragspartner an. Wir nennen ihn auch Versicherungsnehmer. Sie tragen alle Rechte und Pflichten aus dem Vertrag und können Vertragsänderungen beantragen. Die Versicherte Person ist die Grundlage für die Berechnung Ihrer vertraglichen Leistungen und stellt gleichzeitig das versicherte Risiko dar.

Ein Beispiel: Erleidet die Versicherte Person den Verlust einer Grundfähigkeit, dann zahlen wir die vereinbarte Grundfähigkeitsrente aus. Erleidet der Versicherungsnehmer den Verlust einer Grundfähigkeit, wird keine Vertragsleistung fällig.

Bestimmte Begriffe und Fachwörter haben wir unterstrichen. Diese markierten Wörter finden Sie in Kapitel L dieser Bedingungen. Dort erklären wir Ihnen diese. Die Unterstreichung bedeutet nicht, dass nur diese Stellen für das Vertragsverhältnis relevant sind.

Eine gendergerechte Anrede ist uns wichtig. In vielen Fällen führt dies leider dazu, dass Texte schwer lesbar oder zu lang werden. Daher verwendet Swiss Life – stellvertretend für alle Geschlechter – die männliche Schreibweise bzw. eine neutrale Variante, wenn dies sprachlich möglich ist.

Tarifübersicht KlinikRente.Vitalschutz

Vitalschutz Komfort	**30 Grundfähigkeiten**
Vitalschutz Premium	**45 Grundfähigkeiten**

Beide Tarife ohne Zusatzfragen zur Psyche versicherbar.

1. Gebrauch eines Arms
2. Heben und Tragen
3. Schieben und Ziehen
4. Bücken
5. Knien
6. Gebrauch eines Kniegelenks
7. Gehen
8. Treppensteigen
9. Stehen
10. Sitzen
11. Erheben
12. Gebrauch einer Hand
13. Fingerfertigkeit/Pinzettengriff[1]
14. Smartphone/Tablet benutzen
15. Touchscreen bedienen[2]
16. Tippen[2]
17. Greifen und Halten
18. Tastatur benutzen
19. Sehen
20. Sprechen
21. Hören
22. Gleichgewicht
23. Koordination
24. Demenz
25. PKW-Führerschein (Klasse B)[3]
26. Motorrad-Führerschein (Klasse A)[3]
27. Führerschein für forst- und landwirtschaftliche Zugmaschinen (Klasse L und T)[3]
28. PKW ein- und aussteigen[3]
29. Pflegebedürftigkeit
30. Infektionsklausel
31. Schreiben
32. Bildschirmtätigkeit
33. Tastsinn
34. Riechen und Schmecken
35. Gedächtnis[4]
36. Handlungsplanung[4]
37. Auffassung[4]
38. Konzentration/Aufmerksamkeit[4]
39. Orientierung[4]
40. Eigenverantwortliches Handeln (Betreuung)
41. Unterhaltung führen
42. Nutzung ÖPNV
43. Fahrrad/E-Bike/Pedelec fahren
44. Tretroller fahren
45. E-Scooter fahren

[1] Grundfähigkeit aus dem Spektrum „Gebrauch einer Hand".

[2] Grundfähigkeiten aus dem Spektrum „Smartphone/Tablet benutzen".

[3] Grundfähigkeiten aus dem Spektrum „Fahrerlaubnisverlust der Klassen A, B, T, L". Versichert ist, wenn der Führerschein aus gesundheitlichen Gründen entzogen oder zurückgegeben wurde oder bis zum 30. Lebensjahr nicht erworben werden konnte.

[4] Grundfähigkeiten aus dem Spektrum der „Geistigen Leistungsfähigkeit".

A Wie funktioniert Ihre selbstständige Grundfähigkeitsversicherung?

Sie können bei Abschluss des Vertrags die Höhe der garantierten versicherten Rente bei Verlust einer Grundfähigkeit (Grundfähigkeitsrente) und die Vertragslaufzeit (Versicherungsdauer und Leistungsdauer) im Rahmen unserer geltenden Richtlinien individuell wählen.

Im Falle des Verlusts einer Grundfähigkeit während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, zahlen wir die versicherte Rente für die Dauer der Beeinträchtigung, längstens bis zum Ablauf Ihres Vertrags. Die genauen Regelungen, wann der Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, können Sie unter Abschnitt E nachlesen.

Sie haben die Möglichkeit aus verschiedenen Absicherungsumfängen zu wählen: KlinikRente.Vitalschutz Komfort und KlinikRente.Vitalschutz Premium. Zudem können Sie den Absicherungsumfang durch wählbare Optionen erweitern. Wählbare Optionen sind: AU-Option, Psyche-Option, Berufe-Option und BU-Wechseloption. Nähere Informationen zu den Unterschieden dieser Produkte erhalten Sie im Kapitel E dieser Bedingungen.

Optional können Sie sich zusätzlich gegen die Risiken einer Arbeitsunfähigkeit (AU-Option) während der Vertragslaufzeit absichern. Tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdauer ein, erbringen wir die bei Verlust einer Grundfähigkeit vereinbarte Rente für bis zu 36 Monate, ohne dass Sie hierfür bereits einen Antrag auf Verlust einer Grundfähigkeit stellen müssen (siehe 11.2).

Daneben können Sie sich mit unseren Zusatzversicherungen Schwere-Krankheiten-Option, «care»-Option bzw. «care»-Option *plus* (wahlweise mit einer Anschluss-Option) gegen die Folgen einer schweren Krankheit und einer Pflegebedürftigkeit während der Vertragslaufzeit absichern. Nähere Informationen dazu können Sie den Versicherungsbedingungen der jeweiligen Zusatzversicherung entnehmen.

Ein weiterer Vorteil: Bis zum Vertragsablauf ist Ihre Arbeitskraftabsicherung flexibel und Sie können auf die unterschiedlichsten Lebenssituationen reagieren:

- **Nachversicherungsgarantie:** Bei bestimmten Ereignissen können Sie Ihre vereinbarte Grundfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (siehe dazu Kapitel I).
- **Stufentarif:** Für Auszubildende, Studenten und Berufseinsteiger bieten wir unsere selbstständige Grundfähigkeitsversicherung mit ermäßigtem Anfangsbeitrag an – und das bei vollem Risikoschutz (siehe Abschnitt 29).
- **Zahlungsschwierigkeiten:** Egal in welcher Lebensphase Sie sich befinden, Swiss Life bietet Ihnen umfangreiche Möglichkeiten, Ihren Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten (siehe dazu Kapitel D).

Inhalt

A Wie funktioniert Ihre selbstständige Grundfähigkeitsversicherung?.....3

B Unser Vertragsschluss 6
1 Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?.....6
2 Welche Personen können versichert werden?.....6
3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....6
4 Wann endet der Versicherungsschutz?6

C Beiträge und Kosten 6
5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?.....6
5.1 Zahlungsweise 6
5.2 Erstbeitrag.....7
5.3 Folgebeiträge 7
6 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen? 7
6.1 Erstbeitrag.....7
6.2 Folgebeitrag 8
7 Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?.....8
8 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?.....8
8.1 Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart.....8
8.2 Höhe der anfallenden Kosten 9
8.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung.....9
8.4 Welchen Hintergrund hat der Abzug? 9
8.5 Angemessenheit des Abzugs 9
8.6 Sonstige Kosten.....10

D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten.....10
9 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen? . 10
9.1 Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?.....10
9.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?.....10
9.3 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen? 11
9.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten.....11
9.5 Vital*protect* 12

E Unsere Leistungen und Einschränkungen 13
10 Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit vor?.....13
10.1 Nachweis der Beeinträchtigung 14
10.2 Schadenminderungspflicht und Hilfsmittel14
10.3 KlinikRente.Vitalschutz Komfort.....14
10.4 KlinikRente.Vitalschutz Premium 21
10.5 Optionale Erweiterungsmöglichkeiten Ihres Versicherungsumfangs 23
11 Welche Leistungen erbringen wir? 28
11.1 Beitragsbefreiung und Grundfähigkeitsrente 28
11.2 Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (sofern gegen Mehrbeitrag vereinbart) .28
11.3 Garantierte Rentensteigerung.....29
11.4 Einmalige Kapitalleistung bei Arbeits- bzw. Arbeitswegeunfall 29
11.5 Teilkapitalisierungsmöglichkeit der Grundfähigkeitsrente 29
11.6 Wann enden unsere Leistungen? 30
11.7 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?.....30
11.8 Rechnungsgrundlagen.....31
11.9 Sonstige Regelungen 31
12 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab? 31
13 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Leistungspflicht? 32
14 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?32
15 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten.....33
15.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung verlangen?.....33
15.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? 35

KlinikRente

15.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht? 37
15.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen? 37
15.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person? 37

F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven 37
16 Was ist eine Überschussbeteiligung? 37
16.1 Beteiligung an dem Überschuss 38
16.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven 39
17 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu? 39
18 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu? 39
19 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven? 40
20 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven? 40
21 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren? 40

G Auszahlung von Leistungen 41
22 Ab wann zahlen wir Leistungen aus? . 41
23 An wen zahlen wir Leistungen aus? ... 41

H Unser Vertragsverhältnis 41
24 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? 41
25 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf 42
26 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen? 42
26.1 Recht und Vertragssprache 42
26.2 Erklärungen zu Lebzeiten 42
26.3 Erklärungen nach dem Tod 42
26.4 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert? ... 42
26.5 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie? 43
27 Wo können Sie sich beschweren? 43
27.1 Schlichtungsstelle 43
27.2 Aufsichtsbehörden 43
27.3 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen? 44
28 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen? 44
28.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam? 44
29 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif? 45
29.1 Wann und in welchem Umfang erhöht sich der Beitrag? 45
29.2 Vertragsänderungen und Einschränkungen 45
29.3 Welcher Beitrag ist bei Verlust einer Grundfähigkeit befreit? 45

I Nachversicherungsgarantie 45
30 Welche Nachversicherungsgarantie haben Sie? 45
31. Optionale Gestaltungsmöglichkeiten .. 49
31.1 Einschluss der <<care>>-Option 49
31.2 Besserstufungsoption 49

J Verlängerungsgarantie 50
32 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Vertrag, ohne erneute Gesundheitsprüfung, verlängern? 50

K Kündigung des Vertrags 50
33 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen? 50
34 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen? 50
L Erläuterung wichtiger Begriffe 52

M Auszug aus dem Sozialgesetzbuch 55

B Unser Vertragsschluss

1 Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?

Unser Vertrag kommt wie folgt zustande: Zuerst füllen Sie unser Antragsformular auf Abschluss vollständig und wahrheitsgemäß aus. Diesen Antrag schicken Sie oder Ihr Vermittler uns zu. Der Vertrag kommt in dem Moment zwischen uns zustande, wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten.

2 Welche Personen können versichert werden?

Versicherbar sind folgende Personen:

- Arbeitnehmer, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das einer der Branchen des Versorgungswerks KlinikRente angehört (zurzeit Gesundheitswesen), unabhängig davon, ob diese tarifvertragsgebunden sind oder nicht,
- Arbeitnehmer, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das die betriebliche Altersversorgung im Rahmen eines Durchführungsvertrags der betrieblichen Altersversorgung über das Versorgungswerk KlinikRente organisiert,
- Selbstständige, deren Unternehmen einer der Branchen des Versorgungswerks KlinikRente angehört (zurzeit Gesundheitswesen); unabhängig davon, ob diese tarifvertragsgebunden sind oder nicht,
- Selbstständige, die für ihr Unternehmen die betriebliche Altersversorgung im Rahmen eines Durchführungsvertrags der betrieblichen Altersversorgung über das Versorgungswerk KlinikRente organisieren.
- Schüler mit einem gültigen Ausbildungsvertrag bei einem Unternehmen, das dem Gesundheitswesen angehört oder das die betriebliche Altersversorgung über das Versorgungswerk KlinikRente organisiert,
- Studenten, die in einem Studiengang eingeschrieben sind, dessen Zielberufe überwiegend dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind.

Darüber hinaus können auch der Ehepartner bzw. Lebenspartner im Sinne des LPartG sowie Lebensgefährten und die Kinder von Arbeitnehmern und Selbstständigen, für die über die KlinikRente eine Versorgung zur Arbeitskraftabsicherung oder Altersvorsorge besteht, versichert werden. Voraussetzungen für Lebensgefährten sind, dass er nicht verheiratet ist und ein gemeinsamer Haushalt innerhalb der gleichen Wohnung nachweislich mindestens zwei Jahre besteht.
Zum Nachweis ist eine entsprechende Bestätigung im Antrag erforderlich. Wir sind berechtigt, von Ihnen Nachweise zu fordern.

3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht frühestens, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten. Wenn im Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt. Die Versicherung beginnt immer um 00.00 Uhr des Tages.
Hinweis: Unsere Leistungspflicht entfällt, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Lesen Sie dazu 6.1 und 6.2.

4 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet

- mit dem Tod der Versicherten Person,
- mit Kündigung des Vertrags,
- bei Beitragsfreistellung, wenn die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird,
- mit dem Ablaufdatum der Versicherungsdauer.

C Beiträge und Kosten

5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

5.1 Zahlungsweise

Laufende Beiträge können Sie in folgenden Zahlungsabschnitten zahlen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich.

Außerplanmäßige Beitragserhöhungen bzw. Einmalzahlungen sieht Ihr Vertrag nicht vor. Die Regelungen zu planmäßigen Beitragserhöhungen (Dynamik) und zur Nachversicherungsgarantie (Kapitel I) bleiben hiervon unberührt.

Ein Versicherungsjahr beginnt mit dem Monat des im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginns und dauert grundsätzlich zwölf Monate.
Der Zahlungsabschnitt entspricht der Versicherungsperiode (wie im Versicherungsvertragsgesetz – VVG). Bei jährlicher Beitragszahlung entspricht die Versicherungsperiode dem Versicherungsjahr.

Rumpfbeginnjahr

Wenn das erste Versicherungsjahr weniger als zwölf Monate beträgt, sprechen wir von einem Rumpfbeginnjahr. In diesen Fall verschiebt sich der Beginn des zweiten Versicherungsjahres und aller folgenden Versicherungsjahre um die Anzahl der Monate des Rumpfbeginnjahres.

5.2 Erstbeitrag

Sie müssen Ihren Erstbeitrag sofort zahlen, nachdem Sie den Versicherungsschein erhalten haben. Sie müssen den Erstbeitrag jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn zahlen, der im Versicherungsschein angegeben ist.
Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Im Lastschriftverfahren gilt Ihr Beitrag als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

5.3 Folgebeiträge

Alle folgenden Beiträge müssen Sie zu Beginn des vereinbarten Zahlungsabschnitts zahlen. Sie können die Beiträge im Lastschriftverfahren zahlen. Wir buchen Ihre Beiträge am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, ziehen wir die fehlenden Beiträge von unseren Leistungen ab. Die Regelungen des 6.2 gelten entsprechend.
Wir dürfen verlangen, dass Sie die Beiträge auf andere Weise als im Lastschriftverfahren zahlen, wenn

- wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten und
- Sie diese Vorfälle zu vertreten haben.

Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

6 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

6.1 Erstbeitrag

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt

dann nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie uns nachweisen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchung verlangen, sofern wir sie getragen haben.

Haben Sie Ihren Erstbeitrag noch nicht gezahlt und der Versicherungsfall tritt ein, erbringen wir keine Leistung, sofern wir Sie auf diese Rechtsfolge

- durch eine Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen schriftlichen Hinweis im Versicherungsschein.

vorab aufmerksam gemacht haben. Haben Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten, erbringen wir dennoch die Leistung. Auch dies müssen Sie uns nachweisen.

6.2 Folgebeitrag

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, schicken wir Ihnen eine Mahnung. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen. Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:

- Wir kündigen den Vertrag.
- Der Versicherungsschutz vermindert sich wie nach einer Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt 9) oder er entfällt ohne Rückkaufswert (siehe Abschnitt 31), sofern nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch Zahlungsverzug besteht.

Auf die hier genannten Folgen und weitere Details weisen wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hin. Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden.

Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

7 Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?

Sie können mit uns vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge jedes Jahr automatisch erhöhen. Dies nennen wir dynamische Erhöhung oder Dynamik. Lesen Sie dazu unsere Bedingungen für die Dynamik (Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung).

Außerdem haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihre Beiträge und Leistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie zu erhöhen (siehe Kapitel I).

8 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?

Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten

Mit Ihrem Versicherungsvertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. 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 Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Mit einem Teil dieser Kosten wird gemäß 8.1 verfahren. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung. Diese werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

8.1 Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart

Maßgebend ist das Verrechnungsverfahren gemäß § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerung). Hierbei werden die ersten Beiträge

zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 VVG bestimmt sind.

Der auf diese Weise für laufende Beiträge zu tilgende Betrag ist gemäß Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Auch bei späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor.

8.2 Höhe der anfallenden Kosten

Die Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Kosten für die laufende Verwaltung zu Ihrem Vertrag sind in den vorvertraglichen Informationen, die vor Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert.

8.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Beitragsfreistellung ein Abzug erfolgt.
Die Höhe des Abzugs haben wir in Euro und Cent für Sie in den Informationen beziffert, die Sie vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben. Auch im Versicherungsschein haben wir den Abzug in Euro und Cent für Sie beziffert. Sie finden die Werte jeweils unter der Überschrift „Übersicht der garantierten Werte bei Beitragsfreistellung und Kündigung“.

8.4 Welchen Hintergrund hat der Abzug?

Mit dem Abzug wird ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für verminderte Kapitalerträge aufgrund vorzeitiger Fälligkeit vorgenommen. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen.

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 Vertrags partizipiert dieser neue Vertrag an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher solche Mittel zur Verfügung stellen. Bei einer Beitragsfreistellung gehen diese zukünftig eingeplanten Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren. Deshalb müssen diese Mittel 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.

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherten Personen mit einem hohen Risiko und Versicherten Personen mit 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 Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Gleiches gilt bei Beitragsfreistellung in dem Umfang, wie sich das Risiko reduziert.

8.5 Angemessenheit des Abzugs

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 Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital und ein Ausgleich für verminderte Kapitalerträge vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer 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.

8.6 Sonstige Kosten

Für bestimmte Geschäftsvorfälle erheben wir zusätzliche Kosten.
Diese Kosten betragen bei

- Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung und bei erloschenem Konto zehn Euro.
- Bei Beitragszahlung per Rechnung verlangen wir die Portokosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von drei Euro.

Kosten, die uns von dritter Seite in Rechnung gestellt werden (z. B. für Lastschriftrückläufer, Finanztransaktionskosten/-abgaben, Steuern) belasten wir Ihnen ebenfalls. Wir behalten uns vor, diese Kosten auch ohne Einzelnachweis pauschal geltend zu machen.

Kosten, die wir für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsprüfung übernommen haben, können wir von Ihnen verlangen, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen und wir deshalb vom Vertrag zurücktreten.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden 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, setzen wir sie entsprechend herab.

D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten

Wenn Sie Ihre Beiträge nicht zahlen können, bieten wir Ihnen folgende Wege, um Ihre Zahlungsschwierigkeiten zu überbrücken:

- Beiträge senken (Beitragssenkung, siehe 9.1 und 9.2)
- Keine Beiträge mehr bezahlen (Beitragsfreistellung, siehe 9.1 und 9.2)
- Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung, siehe 9.3)
- Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten (Stundung und befristete Beitragsfreistellung, siehe 9.4).
- Besonderheiten bei längerer beruflicher Auszeit mit bestehendem Arbeitsvertrag (Sabbatical), Mutterschutz/Elternzeit, Arbeitslosigkeit und Weiterbildung in Vollzeit (siehe 9.5).

Bitte sprechen Sie uns an, damit wir gemeinsam eine Lösung für Sie finden können.

9 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?

9.1 Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?

Sie können jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt (Versicherungsperiode) Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen. Dies nennen wir Beitragssenkung bzw. Beitragsfreistellung. Sie können die Beitragszahlung auch nur für einen bestimmten Zeitraum senken oder einstellen (siehe auch 9.4). Sie müssen uns Ihren Wunsch in Textform mitteilen.

Wenn Sie den Beitrag senken oder die Beitragszahlung einstellen möchten, muss die reduzierte bzw. beitragsfreie Grundfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich betragen. Liegt die beitragsfreie Grundfähigkeitsrente unter der genannten Grenze, endet der Vertrag und es wird keine Leistung fällig.

9.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Wenn Sie die Beitragszahlung einstellen, verringert sich Ihre vereinbarte Grundfähigkeitsrente. Die garantierten beitragsfreien Werte finden Sie im Versicherungsschein. Dabei wenden wir die

gleichen Rechnungsgrundlagen wie vor der Beitragsfreistellung an und verlangen den in 8.3 beschriebenen Abzug. Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die für Ihren Vertrag gelten.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren und in den letzten Jahren vor Ablauf stehen wegen der benötigten Risikobeiträge keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente zur Verfügung.

Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

9.3 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?

Wenn Sie einen ganz oder teilweise beitragsfrei gestellten oder erloschenen Vertrag wieder in Kraft setzen möchten, haben wir das Recht, eine wirtschaftliche und medizinische Risikoprüfung durchzuführen.

Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Beiträge unbezahlt sind, verzichten wir auf eine erneute Risikoprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.

9.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge

Sie können für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten eine Stundung der fälligen Beiträge unter Beibehaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in Textform verlangen, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist:

- Der Vertrag weist ein ausreichend hohes Deckungskapital auf; d. h., es muss mindestens dem Gegenwert der zu stundenden Beiträge entsprechen.

Hierfür erheben wir keine Stundungszinsen. Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- in einem Beitrag entrichten,
- in einem Zeitraum von bis zu zwölf Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen,
- durch Erhöhung der laufenden Beiträge verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist,
- durch Reduzierung der versicherten Leistungen verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

Falls Sie eine Erhöhung der laufenden Beiträge oder eine Reduzierung der versicherten Leistungen wünschen, erhalten Sie von uns ein entsprechendes Angebot.

Befristete Beitragsfreistellung oder Beitragssenkung

Bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten haben Sie die Möglichkeit, für bis zu 18 Monate die Beitragszahlung ganz oder teilweise einzustellen. Das nennen wir befristete Beitragsfreistellung. Voraussetzung hierfür ist, dass die reduzierte oder beitragsfreie Grundfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich beträgt.

Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung führen wir Ihren Vertrag ohne erneute Risikoprüfung fort.

Sie können die beitragsfrei gestellte Zeit bei Wiederinkraftsetzung durch eine Erhöhung der Beiträge oder durch Nachzahlung der Beiträge unter Einrechnung entgangener Zinserträge ausgleichen. Wenn Sie die beitragsfrei gestellte Zeit nicht

ausgleichen, sondern den ursprünglich vereinbarten Beitrag weiterhin zahlen, verringern sich die Leistungen gemäß den versicherungsmathematischen Regeln der Tarifkalkulation Ihres Vertrags.

Die für den beitragsfrei gestellten Teil maßgeblichen Rechnungsgrundlagen gelten auch für den wieder in Kraft gesetzten Vertragsteil.

Auf die Stundung der Beiträge und die befristete Beitragsfreistellung räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein.

9.5 Vital*protect*

Bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Weiterbildung in Vollzeit z. B. zum Meister, Fachwirt (Bachelor Professional), Techniker, IHK-geprüfter Betriebswirt (Master Professional), im Rahmen des Mutterschutzes, der Elternzeit der Versicherten Person oder des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners und bei längerer beruflicher Auszeit, in der Ihr Arbeitsvertrag weiter besteht (Sabbatical), haben Sie die Möglichkeit, temporär Ihren Beitrag auf fünf Euro pro Monat zu reduzieren. Den Zeitraum der Beitragsreduktion nennen wir Vital*protect*. Tritt in dieser Zeit der Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, erhalten Sie während der Dauer des Verlustes einer Grundfähigkeit 70 Prozent der zuletzt vor Vital*protect* versicherten Grundfähigkeits-Rente. Eine vereinbarte Dynamik oder eine garantierte Leistungssteigerung ruht während dieses Zeitraums. Eventuell bestehende Zusatzversicherungen und Optionen werden für den Zeitraum von Vital*protect* ausgeschlossen. Diese werden nach Ablauf von Vital*protect* wieder eingeschlossen. Sofern Sie in Ihrem Vertrag die Psyche-Option und/oder die Berufe-Option eingeschlossen haben, bleiben diese Optionen auch für den Zeitraum von Vital*protect* eingeschlossen.

Der Vital*protect*-Zeitraum beträgt – unter den im Folgenden genannten Voraussetzungen – garantiert sechs Monate.
Sofern Ihr Vertrag über ein ausreichend hohes Deckungskapital verfügt, können Sie Vital*protect* für bis zu 36 Monate beantragen. Bei der ersten Beantragung von Vital*protect* ermitteln wir den für Ihren Vertrag maximal möglichen Zeitraum. Dieser gilt dann für die gesamte Vertragslaufzeit. Sie können den ermittelten maximalen Zeitraum auch in mehrere Zeiträume aufteilen, wobei jeder Zeitraum mindestens sechs Monate betragen muss. Sollte bei erneuter Inanspruchnahme von Vital*protect* nur noch ein Zeitraum von weniger als sechs Monaten zur Verfügung stehen, können Sie auch diesen Zeitraum in Anspruch nehmen.

Voraussetzungen für Vital*protect*:

- Sie erbringen einen Nachweis über das Vorliegen von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Weiterbildung in Vollzeit, Mutterschutz, Elternzeit oder längerer beruflicher Auszeit mit bestehendem Arbeitsvertrag (Sabbatical).
- Sie befanden sich unmittelbar vor Arbeitslosigkeit in einem Arbeitsverhältnis von mindestens einem Jahr.
- Ihr Vertrag besteht beitragspflichtig seit mindestens einem Jahr.
- Bei einem Vertrag mit Stufentarif müssen mindestens drei Jahre seit Beginn der Beitragsstufe 2 vergangen sein. Während der Dauer der Beitragsstufe 1 ist Vital*protect* nicht möglich.
- Die restliche Versicherungsdauer beträgt noch mindestens 15 Jahre.
- Die Versicherungsdauer ist mindestens bis zum Alter 65 vereinbart und Sie waren bei Vertragsabschluss mindestens 18 Jahre alt und nicht älter als 35 Jahre.

Unter den o. g. Voraussetzungen räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch auf Vital*protect* ein. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer oder einem höheren Eintrittsalter erfolgt eine individuelle Prüfung des maximal möglichen Zeitraums von Vital*protect*, einen Rechtsanspruch darauf können wir Ihnen jedoch nicht einräumen.

Nach Ablauf dieser temporären Beitrags- und Leistungsreduktion im Rahmen von Vital*protect* wird Ihr Vertrag mit dem Beitrag weitergeführt, den Sie zuletzt vor Ausübung von Vital*protect* gezahlt haben. Die Leistung reduziert sich dabei nach versicherungsmathematischen Grundsätzen gegenüber der Leistung vor Vital*protect*. Bereits

bei Bewilligung von Vital*protect* erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein. In diesem dokumentieren wir den Beitrag und die Leistungen während Vital*protect*, das Ablaufdatum von Vital*protect* und den Beitrag und die Leistungen nach Ablauf von Vital*protect*.
Sie können Ihren Vertrag auch mit dem Leistungsumfang fortführen, der zuletzt vor Ausübung von Vital*protect* bestand. Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Sollten Sie die Fortführung Ihres Vertrags mit diesen Leistungen wünschen, teilen Sie uns dies bitte vier Wochen vor Ablauf der Vital*protect* - Phase in Textform mit. Wir erstellen Ihnen dann einen entsprechenden Vorschlag. Wenn Sie diesen annehmen, erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Auf eine erneute gesundheitliche und wirtschaftliche Risikoprüfung verzichten wir dabei. Die Weiterführung des Vertrags mit den Leistungen, die zuletzt vor Ausübung von Vital*protect* bestanden, setzt voraus, dass während Vital*protect* kein Verlust einer Grundfähigkeit eingetreten ist bzw. keine Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung beantragt worden sind.

E Unsere Leistungen und Einschränkungen

10 Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit vor?

Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes mindestens eine der in diesem Abschnitt genannten Grundfähigkeiten im jeweils beschriebenen Umfang

- infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls verliert und
- voraussichtlich für sechs Monate ununterbrochen nicht wiedererlangen wird oder bereits sechs Monate verloren hat.

Hat die Versicherte Person eine Grundfähigkeit bereits für sechs Monate verloren, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Verlust einer Grundfähigkeit.

Die folgenden Grundfähigkeiten sind im Rahmen des KlinikRente.Vitalschutz Komfort versichert:

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Gleichgewicht
- Gebrauch einer Hand
- Gebrauch eines Armes
- Heben und Tragen
- Schieben und Ziehen
- Koordination
- Smartphone/Tablet benutzen
- Tastatur benutzen
- Knien
- Bücken
- Stehen
- Sitzen
- Gehen
- Treppensteigen
- Gebrauch eines Kniegelenks
- Erheben
- Greifen und Halten
- Fahrerlaubnisverlust der Klassen A, B, T oder L
- Pflegebedürftigkeit
- Demenz
- Verlust einer Grundfähigkeit (Einschränkung der Berufsausübung) durch Infektionskrankheiten

KlinikRente.Vitalschutz Premium bietet Schutz für alle Grundfähigkeiten des KlinikRente.Vitalschutz Komfort. Darüber hinaus sind zusätzlich versichert:

- Geistige Leistungsfähigkeit (Intellekt)
- Eigenverantwortliches Handeln (Betreuung)
- Unterhaltung führen
- Schreiben
- Bildschirmtätigkeit
- Tastsinn
- Riechen und Schmecken
- Nutzung ÖPNV
- Fahrrad/Pedelec fahren
- Tretroller fahren
- E-Scooter fahren

10.1 Nachweis der Beeinträchtigung

Der Verlust einer Grundfähigkeit muss zu nachweisbaren gesundheitlichen Einschränkungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein. Die Diagnose muss durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren gestellt werden. Vorübergehende akute Erkrankungen oder Besserungen bleiben bei der Beurteilung der Beeinträchtigung unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung in diesem Sinne gilt dann als nicht vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

10.2 Schadenminderungspflicht und Hilfsmittel

Lässt die Versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen. Die Versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.
Als zumutbar gelten alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Leistungsantrags als medizinischer Standard der Therapie gelten. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen). Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen in 15.1.

10.3 KlinikRente.Vitalschutz Komfort

Der Versicherungsschutz des KlinikRente.Vitalschutz Komfort umfasst die folgenden Grundfähigkeiten:

Sehen

Ein Verlust der Sehfähigkeit der Versicherten Person liegt bei dauerhafter Blindheit oder hochgradigem Verlust der Sehkraft beider Augen vor, die nicht durch nichtinvasive, therapeutische Maßnahmen (z. B. medikamentöse Einstellung) oder Sehhilfen (z. B. Brille, Kontaktlinsen) korrigiert werden kann. Ein hochgradiger Verlust der Sehkraft liegt vor, wenn das Restsehvermögen nach optimaler Korrektur durch medizinische Maßnahmen und unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe des besseren Auges 3/60 (bzw. 0,05) oder weniger auf der Snellen-Sehprobetafel beträgt oder das Gesichtsfeld des besseren Auges auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum eingeschränkt ist, so dass ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad besteht. Der Verlust der Sehfähigkeit muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle von psychogenem Sehverlust oder aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen.

Sprechen

Ein Verlust der Sprachfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit nach abgeschlossenem Spracherwerb aufgrund körperlicher Ursachen (z. B. nach einem Schlaganfall) völlig verloren hat oder diese auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. eines Kehlkopfmikrofons) so weit eingeschränkt ist, dass die Versicherte Person von einem unabhängigen Dritten nicht mehr verstanden wird, weil sie keinen verständlichen sinnvollen Satz bilden und aussprechen kann. Die Beeinträchtigung der Sprache muss durch ein neurologisches Gutachten nachgewiesen werden, bei aphasischen Störungen unter Verwendung entsprechender Tests, wie z. B. dem Aachener-Aphasie-Test (AAT).
Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle von psychogenem Sprachverlust oder ein Sprachverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen.

Hören

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Hören“ liegt vor, wenn bei der Versicherten Person – auch unter Nutzung von geeigneten Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte) – auf beiden Ohren anhand eines anerkannten sprachaudiometrischen Testverfahrens

(z. B. Freiburger Wörtertest) ein dauerhafter Hörverlust von mindestens 75 Prozent nachgewiesen wird oder ein Hörverlust von mindestens 60 Dezibel bei einer Tonfrequenz von 2-kHz vorliegt. Der Verlust der Hörfähigkeit muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) nachgewiesen werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle von psychogenem Hörverlust oder ein Hörverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklung.

Gleichgewicht

Ein Verlust des Gleichgewichtssinnes liegt vor, wenn die Versicherte Person

- weder zehn Meter entlang einer imaginären Linie (Strichgang) mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung auf festem und ebenem Boden mit einem für Gehwege üblichen Bodenbelag gehen kann,
- noch 50 Schritte auf fester und ebener Stelle mit geschlossenen Augen treten kann, ohne sich dabei um mindestens 45 Grad zur Seite zu drehen oder mit geschlossenen Augen und parallelem Fußstand keine 60 Sekunden auf fester und ebener Stelle stehen kann, ohne Fallneigung zu bekommen.

Der Verlust des Gleichgewichtssinnes ist anhand eines fachärztlichen HNO-Befundberichts nachzuweisen. Die Störung muss durch eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns (z. B. Multiple Sklerose, Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Hirntumor, Epilepsie) oder eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder eine Schädigung der kleinen Nerven der Füße und Unterschenkel (Polyneuropathie) verursacht worden sein.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Polyneuropathien, die nachweisbar auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind und alle Fälle von Gleichgewichtsstörungen auf Basis einer psychiatrischen Erkrankung.

Gebrauch einer Hand

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs einer Hand liegt vor, wenn die Versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, die für die Ausübung Ihres Berufs erforderlichen Schutzhandschuhe der jeweils anderen Hand überzuziehen und wieder auszuziehen.
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs einer Hand liegt auch vor, wenn die Versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, eine handelsübliche Glühlampe oder LED-Lampe in den dazugehörigen Schraubsockel (E27-Sockel) einer Tischleuchte zu stecken und so weit hineinzudrehen, dass die Lampe leuchtet und anschließend wieder vollständig herauszudrehen.
Der Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs einer Hand liegt weiterhin vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der rechten oder linken Hand eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen oder eine 5 mm-Schraube, die an ein gedübeltes Loch angesetzt ist, mit Hilfe eines handelsüblichen Schraubendrehers vollständig hinein- und wieder herauszudrehen oder mit einem handelsüblichen Schraubenschlüssel eine auf einem Gewinde sitzende Mutter der Größe M8 fest anzuziehen und wieder zu lösen oder ein DIN-A4 Blatt Papier mit einer Haushaltsschere durchzuschneiden oder einen unbeschädigten Reißverschluss einer Jacke aufzuziehen.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand nach Schlaganfall, Morbus Parkinson) belegt werden.

Gebrauch eines Armes

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs eines Armes liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist,

- den rechten oder linken Arm in gestreckter Armhaltung, seitlich sowie nach vorn, bis auf Schulterhöhe zu heben und jeweils zehn Sekunden lang in dieser Position zu halten oder

- mit dem rechten oder linken Arm einen 200 g leichten Gegenstand auf einem Regal in Schulter- bzw. Brusthöhe zu platzieren und wieder herunterzunehmen.

Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand nach Schlaganfall, Morbus Parkinson) belegt werden.

Heben und Tragen

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Hebens und Tragens liegt vor, wenn die Versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen mit einem Griff versehenen Gegenstand, der ein Gewicht von fünf kg hat, vom Boden aufzuheben und diesen fünf Meter weit zu tragen.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand nach Schlaganfall, schwere Arthrosen) belegt werden.

Schieben und Ziehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Schieben und Ziehen“ liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, einen ordnungsgemäß beladenen, voll funktionsfähigen und mit einem Schiebegriff ausgestatteten Standard-Transportwagen mit einem Maximalmaß von 110 cm Gesamtlänge, 90 cm Gesamtbreite, 100 cm Gesamthöhe und einem Gesamtgewicht von 60 kg, 100 Meter weit auf ebenem und festem Boden zu schieben oder zu ziehen.
Ein Verlust der Grundfähigkeit „Schieben und Ziehen“ liegt weiterhin vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, einen ordnungsgemäß beladenen, voll funktionsfähigen und mit einem Schiebegriff ausgestatteten Standard-Transportwagen mit einem Maximalmaß von 100 cm Gesamtlänge, 50 cm Gesamtbreite, 100 cm Gesamthöhe und einem Gesamtgewicht von 60 kg, 100 Meter weit auf ebenem und festem Boden zu schieben oder zu ziehen.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Querschnittslähmung, Zustand nach Schlaganfall) belegt werden.

Koordination

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Koordination“ liegt vor, wenn die Versicherte Person, mit geschlossenen Augen, nicht in der Lage ist den Zeigefinger in einer ausholenden Bewegung zur Nase zu führen und die Nasenspitze zu berühren. Der Verlust muss durch ein neurologisches Gutachten nachgewiesen werden.
Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen der Verlust der Grundfähigkeit „Koordination“ aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs erfolgt ist.

Smartphone/Tablet benutzen

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Smartphone/Tablet benutzen“ liegt vor, wenn die Versicherte Person ausschließlich aus körperlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand ein Smartphone oder Tablet (Displaygröße: mindestens 5 Zoll) zu halten und mithilfe einer Bildschirmtastatur des Smartphones oder des Tablets (die über den Touchscreen bedient wird) mindestens fünf sinngebende Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben zu tippen oder abzutippen.
Ein Verlust dieser Grundfähigkeit liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel, z. B. einer geeigneten Sehhilfe, vermieden werden kann.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand nach Schlaganfall, Morbus Parkinson) belegt werden.

Tastatur benutzen

Der Verlust der Grundfähigkeit "Tastatur benutzen" liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder der rechten Hand mindestens fünf sinngebende Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben auf einer Computertastatur zu tippen oder abzutippen.

Ein Verlust dieser Grundfähigkeit liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel, wie z. B. einer ergonomisch geformten Computertastatur, vermieden werden kann. Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand nach Schlaganfall, Morbus Parkinson) belegt werden.

Knien

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Kniens liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft mit beiden Knien gleichzeitig auf den Boden hinzuknien, dabei maximal eine ununterbrochene Pause von höchstens einer Minute einzulegen und sich danach wieder zu erheben.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. schwere Arthrose) belegt werden.

Bücken

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Bückens liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft so weit zu bücken (auch mit angewinkelten Knien), um mit zumindest einer Fingerspitze der linken und der rechten Hand den Boden zu berühren und sich danach wieder aufzurichten.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. schwere Arthrose) belegt werden.

Stehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Stehens liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, selbstständig zehn Minuten lang ununterbrochen barfuß auf festem und ebenem Boden zu stehen, ohne sich abzustützen.
Die Beschwerden, die zu den Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde belegt werden.

Sitzen

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Sitzens liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten auf einem orthopädischen Stuhl ununterbrochen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.
Die Beschwerden, die zu den Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde belegt werden.

Gehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gehens liegt vor, wenn die Versicherte Person auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Prothesen, Stützbandagen) nicht mehr in der Lage ist, selbstständig eine Entfernung von 400 Metern über einen festen und ebenen Boden mit einem für Gehwege üblichen Bodenbelag gehend zurückzulegen. Die Grundfähigkeit des Gehens gilt ebenfalls als verloren, wenn die Versicherte Person auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Prothesen, Stützbandagen) in der Lage ist selbstständig eine Entfernung von 400 Metern über einen festen und ebenen Boden mit einem für Gehwege üblichen Bodenbelag gehend zurückzulegen, dabei jedoch eine ununterbrochene Pause von mehr als einer Minute einlegen muss. Ist dies nur mit Hilfe eines Rollators, Gehwagens oder beidseits geführter Unterarmgehstützen möglich, liegt ebenfalls der Verlust der Grundfähigkeit des Gehens im Sinne dieser Bedingungen vor.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Minderung der Herzleistung durch Einschränkung der Ejektionsfraktion (EF), Rheuma, schweres Venenleiden) belegt werden.

Treppensteigen

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Treppensteigens liegt vor, wenn die Versicherte Person ohne eine Pause einzulegen nicht mehr in der Lage ist, selbstständig eine Treppe von zwölf Stufen mit einer für Wohngebäude üblichen Stufenhöhe von

höchstens 20 cm und mit einem für Wohngebäude üblichen Bodenbelag hinauf- und hinabzusteigen. Ein Verlust der Grundfähigkeit „Treppensteigen“ liegt nicht vor, wenn die Beeinträchtigung durch Verwendung eines Treppengeländers oder Treppenlaufs vermieden werden kann.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Minderung der Herzleistung durch Einschränkung der Ejektionsfraktion (EF), Rheuma, schweres Venenleiden) belegt werden.

Gebrauch eines Kniegelenks

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Gebrauch eines Kniegelenks“ liegt vor, wenn die Versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln das rechte oder linke Knie nicht mehr so weit anwinkeln kann, dass mindestens ein Winkel von 90 Grad zwischen Ober- und Unterschenkel erreicht wird. Geeignete Hilfsmittel sind z. B. Stützbandagen, Orthesen und Prothesen.

Erheben

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Erheben“ liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft von einem Stuhl zu erheben, ohne sich dabei mit den Händen oder Armen abzustützen und ohne Hilfsmittel oder andere Gegenstände zu verwenden. In Sitzposition berühren dabei beide Füße den Boden.

Greifen und Halten

Ein Verlust der Grundfähigkeit Greifen und Halten liegt vor, wenn die Versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen Alltagsgegenstand (z. B. einen Pinsel, einen Stift oder einen Kochlöffel) zu greifen und auch mit abgestütztem Unterarm ununterbrochen 5 Minuten zu halten.

Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L“ liegt vor, wenn die Versicherte Person zum Führen eines Kraftfahrzeugs nicht geeignet ist. Dazu muss mind. eine der o. g. Fahrerlaubnisse (gemäß Fahrerlaubnisverordnung vom 01. Mai 2014) nachweislich aus gesundheitlichen Gründen freiwillig zurückgegeben oder entzogen worden sein.. Ein Verlust dieser Grundfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die Versicherte Person bis zum vollendeten 30. Lebensjahr aus gesundheitlichen Gründen erstmalig keine der o. g. Fahrerlaubnisse erwerben kann. In allen Fällen muss dies ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Fahrerlaubnis der Versicherten Person aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen oder neurotischen Fehlentwicklungen entzogen oder freiwillig zurückgegeben wird oder vor dem 30. Lebensjahr erstmalig nicht erworben werden kann.
Ein Verlust dieser Grundfähigkeit liegt weiterhin vor, wenn die Versicherte Person aufgrund motorischer 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. integrierte Haltegriffe, Sitzeinstellungen, Umsetz- oder Aufrichthilfen) ein- oder auszusteigen. Als üblicher Einstieg wird eine Türschwellenhöhe 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 entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Querschnittslähmung, Zustand nach Schlaganfall) belegt werden.

Pflegebedürftigkeit

Ein Verlust einer Grundfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die Versicherte Person pflegebedürftig ist. Pflegebedürftigkeit besteht, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2017 oder

- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei drei von sechs Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben. Dies ist ärztlich nach objektiven und medizinischen Maßstäben festzustellen.

Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2017)

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Versicherte Person kann die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind pflegefachlich begründete Kriterien in den folgenden sechs Bereichen:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der oben genannten Bereiche berücksichtigt.

Gemäß § 15 SGB XI wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsverfahrens ein Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.

Hierbei werden den einzelnen Kriterien der sechs genannten Bereiche pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet. Die durch die Begutachtung festgestellten Einzelpunkte werden addiert und einem festgelegten Punktebereich zugeordnet. Jedem Punktebereich entsprechen festgelegte gewichtete Punkte. Aus den gewichteten Punkten aller Module werden durch Addition die Gesamtpunkte ermittelt. Die Zuordnung der Einzelpunkte zu Punktebereichen erfolgt nach den zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 27 bis unter 47,5 Punkten ermittelt wurde.

Weitere Informationen zu den pflegefachlich begründeten Kriterien, der Anwendung des Begutachtungsverfahrens sowie den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2017 finden Sie im Anhang. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen.

Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der nachstehend genannten Aktivitäten des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang bedarf.

Für jede der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf

Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich die beschriebene Hilfe einer anderen Person benötigt, erhält sie einen Pflegepunkt. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

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

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

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

Demenz

Als Verlust einer Grundfähigkeit betrachten wir auch einen Autonomieverlust infolge von Demenz. Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien stellt:

1. „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

2. Durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens vier der folgenden sechs Punkte erfüllt sein:

- Depression, unkontrollierte Aggressivität
- Verkennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung
- Unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs
- Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- Im Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test MMST) werden weniger als 50 Prozent der erreichbaren Punkte erreicht.

Sind weniger als vier der aufgeführten Kriterien erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Demenz

aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs eingetreten ist.

Verlust einer Grundfähigkeit (Einschränkung der Berufsausübung) durch Infektionskrankheiten

Ein Verlust einer Grundfähigkeit liegt auch dann vor, wenn von einer zuständigen Behörde ein vollständiges berufliches Tätigkeitsverbot gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für sechs Monate ununterbrochen bestanden hat oder für sechs Monate ununterbrochen verfügt wird.

Ein Verlust einer Grundfähigkeit liegt auch dann vor, wenn bei der Versicherten Person eine ärztlich festgestellte Infektion vorliegt, die die Fähigkeit zur Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit vollständig einschränkt und durch den Hygieneplan eines staatlich anerkannten Hygienikers belegt wird, dass von der Versicherten Person eine Infektionsgefahr ausgeht.

Der Hygieneplan muss darlegen, welche Tätigkeiten der Versicherten Person in welchem Umfang durch die Infektionsgefahr eingeschränkt werden. Die Einschränkung in der Fähigkeit zur Berufsausübung muss mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden haben oder für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestehen. Der Hygieneplan ist uns im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen, wenn aufgrund eines Hygieneplans Leistungen geltend gemacht werden.
Die Prüfung des Verlusts einer Grundfähigkeit infolge eines vollständigen beruflichen Tätigkeitsverbots erfolgt ausschließlich auf Grundlage des IfSG in der Fassung vom 20.12.2022.
Die Versicherte Person muss das vollständige berufliche Tätigkeitsverbot durch Vorlage der Verfügung im Original oder einer amtlich beglaubigten Kopie nachweisen.

10.4 KlinikRente.Vitalschutz Premium

Der Versicherungsschutz des KlinikRente.Vitalschutz Premium umfasst alle Grundfähigkeiten des KlinikRente.Vitalschutz Komfort. Darüber hinaus bietet er Schutz beim Verlust der folgenden Grundfähigkeiten:

Geistige Leistungsfähigkeit (Intellekt)

Ein Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person in Bezug auf Gedächtnis, Konzentrationsvermögen, Aufmerksamkeit, Auffassungsgabe, Orientierungsfähigkeit, oder Handlungsplanung so erheblich eingeschränkt ist, das sie alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. Essenszubereitung, Führung des Haushalts, Lesen mit dem Verständnis komplexer Zusammenhänge (z. B. Gebrauchsanweisungen), Vereinbarung von Terminen, Strukturierung des Tages und Tätigkeiten, die Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit und Konzentration fordern) nicht mehr ausüben kann. Die Diagnose ist durch einen Facharzt für Neurologie auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung unter Verwendung psychometrischer Tests zu stellen. Hierbei muss eine durch Unfälle und/oder Erkrankungen erworbene Minderung der Intelligenz durch Intelligenztests (z. B. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest) nachgewiesen werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind leichtgradige Intelligenzminderungen (ICD-10 F 70) und alle Fälle, in denen der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs erfolgt.

Eigenverantwortliches Handeln (Betreuung)

Ein Verlust des eigenverantwortlichen Handelns liegt vor, wenn für die Versicherte Person durch einen Bescheid des Betreuungsgerichts für mindestens sechs Monate ununterbrochen ein Betreuer bestellt wird. Die Notwendigkeit der Betreuerbestellung muss in jedem Fall durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen sein.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Bestellung des Betreuers aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs erfolgt.

Unterhaltung führen

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Unterhaltung führen“ liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht

auf einfache Fragen sinnvoll antworten kann. Eine einfache Frage kann zum Beispiel sein.

- Welches Datum ist heute?
- Wie viele Tage hat eine Woche?

Wie viele Stunden hat ein Tag?

Eine sinnvolle Antwort muss zu der Frage in Bezug stehen und von einem unabhängigen Dritten verstanden werden. Der Verlust der Grundfähigkeit „Unterhaltung führen“ ist durch fachärztliche Befundberichte nachzuweisen.
Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Grundfähigkeit „Unterhaltung führen“ aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs verloren wurde.

Schreiben

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Schreiben“ liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand mit einem Schreibstift mindestens fünf Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben in Druckbuchstaben zu schreiben oder abzuschreiben, so dass ein unbeteiligter Dritter diese Wörter lesen kann.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand nach Schlaganfall, Morbus Parkinson) belegt werden.

Bildschirmtätigkeit

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Bildschirmtätigkeit“ liegt vor, wenn die Versicherte Person, auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel, nicht mehr in der Lage ist über einen Zeitraum von zwei Stunden Wörter und Symbole auf einem Bildschirm zu erkennen. Dabei muss die Versicherte Person nach jeweils 50 Minuten eine Pause von 10 Minuten einlegen. Die Pausen zählen dabei nicht zu dem Zwei-Stunden-Zeitraum der Bildschirmtätigkeit. Zudem sind die zum Zeitpunkt des Leistungsfalls gültigen Richtlinien der Berufsgenossenschaft zum Arbeitsplatz einzuhalten.
Unter geeigneten Hilfsmitteln verstehen wir beispielsweise Brillen, Kontaktlinsen oder eine Bildschirmlupe.

Tastsinn

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Tastsinn“ liegt vor, wenn die Versicherte Person den Tastsinn in einer Hand vollständig verloren hat.
Der Nachweis darüber ist von einem Facharzt für Neurologie in Form eines neurologischen Gutachtens zu erbringen.

Riechen und Schmecken

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Riechen und Schmecken“ liegt vor, wenn die Versicherte Person ihren Geruchs- und Geschmackssinn vollständig verloren hat und selbst intensive Geschmacksstoffe (z. B. Glukose, Zitronensäure, Kochsalz, Chinin) und intensive Geruchsstoffe (z. B. Essig, Kaffee, Vanille, Menthol) nicht mehr wahrnehmen kann. Der Verlust muss von einem HNO-Arzt oder einem spezialisierten Neurologen durch eine objektive Befunderhebung mit Hilfe eines Elektroenzephalogramms (EEG) nachgewiesen werden. Bei diesem werden die beim Erkennen eines Geruchs oder Geschmacks ausgelösten Hirnströme gemessen und grafisch dargestellt.

Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)

Ein Verlust der Grundfähigkeit, den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zu nutzen, liegt vor, wenn die Versicherte Person aufgrund ihrer motorischen Einschränkungen auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Haltegriffe) nicht mehr in der Lage ist, ohne fremde Hilfe in die Transportmittel (z. B. Straßenbahn, Bus, U-Bahn und S-Bahn) des ÖPNV ein- oder aus diesen auszusteigen oder durch sie befördert zu werden. Dabei ist für die Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit nicht relevant, ob die Versicherte Person selbst in Besitz der Hilfsmittel ist, oder ob diese durch den Dienstleister des ÖPNV zur Verfügung gestellt werden.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Querschnittslähmung, Zustand nach Schlaganfall) erklärbar sein.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Grundfähigkeit, den ÖPNV zu nutzen, aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen oder neurotischen Fehlentwicklungen verloren geht.

Fahrrad/Pedelec fahren

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Fahrrad/Pedelec fahren" liegt vor, wenn die Versicherte Person ausschließlich aufgrund von Störungen der Bewegungsfähigkeit oder des Gleichgewichtsinns nicht mehr in der Lage ist, sich auf ein zweirädriges, einspuriges Fahrrad mit tiefem Einstieg und ohne Mittelstange zu setzen und damit einen Kilometer innerhalb von zehn Minuten auf einer geraden und ebenen Strecke auf einem für Radwege üblichen Belag zu fahren.
Fahrräder in diesem Sinne sind auch E-Bikes und Pedelecs, bei denen ein Elektromotor das Treten bis zu einer Geschwindigkeit von 25 Kilometer pro Stunde unterstützt.
Eine Einschränkung liegt auch vor, wenn nur das Fahren eines Fahrrads ohne Elektromotor oder nur das Fahren eines Fahrrads mit Elektromotor betroffen ist.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Querschnittslähmung, Zustand nach Schlaganfall) belegt werden.

Tretroller fahren

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Tretroller fahren“ liegt vor, wenn die Versicherte Person ausschließlich aufgrund von Störungen der Bewegungsfähigkeit oder des Gleichgewichtsinns nicht mehr in der Lage ist, sich auf einem zweirädrigen, einspurigen, mit Trittbrett und einer Lenk- oder Haltestange ausgestatteten Tretroller zu stellen und damit 200 Meter innerhalb von zehn Minuten auf einer geraden und ebenen Strecke auf einem asphaltierten Boden zu fahren.
Der Tretroller muss dabei nach Herstellerangaben für das Alter, das Gewicht und die Größe der Versicherten Person geeignet sein, über ein GS-Prüfzeichen (Geprüfte Sicherheit) verfügen und der Antrieb darf ausschließlich durch das Abstoßen mit dem Fuß vom Boden stattfinden.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Querschnittslähmung, Zustand nach Schlaganfall) belegt werden.

E-Scooter fahren

Ein Verlust der Grundfähigkeit „E-Scooter fahren" liegt vor, wenn die Versicherte Person ausschließlich aufgrund von Störungen der Bewegungsfähigkeit oder des Gleichgewichtsinns nicht mehr in der Lage ist, sich auf einem zweirädrigen, einspurigen, mit Trittbrett und einer Lenk- oder Haltestange ausgestatteten E-Scooter zu stellen und damit einen Kilometer innerhalb von zehn Minuten auf einer geraden und ebenen Strecke auf einem asphaltierten Boden zu fahren. Der E-Scooter muss eine Straßenzulassung für Deutschland besitzen und die Höchstgeschwindigkeit muss auf max. 20 Kilometer pro Stunde beschränkt sein.
Zudem muss die Versicherte Person zum Datum des Eintritts des Versicherungsfalls das 14. Lebensjahr vollendet haben.
Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Querschnittslähmung, Zustand nach Schlaganfall) belegt werden.

10.5 Optionale Erweiterungsmöglichkeiten Ihres Versicherungsumfangs

10.5.1 AU-Option

Sie können mit uns gegen Mehrbeitrag vereinbaren, dass wir Leistungen nicht nur wegen Verlusts einer Grundfähigkeit erbringen, sondern auch bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten Person (AU-Option). Bei Antragstellung können Sie zwischen zwei maximalen Leistungsdauern (24 oder 36 Monate) wählen. Die getroffene Auswahl ist während der Versicherungsdauer nicht mehr veränderbar.

Bitte beachten Sie, dass Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (gemäß 10.5.1) und Leistun-

gen wegen Verlusts einer Grundfähigkeit (gemäß 10.3, 10.4, 10.5.2 und 10.5.3) nicht gleichzeitig bezogen werden können.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- zum Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen eine ärztlich bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens vier Monate ununterbrochen bestanden hat und zugleich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens bis zum Ablauf eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums attestiert wird,
- eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat und ärztlich attestiert wird.

Arbeitsversuche im Sinne einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) stellen keine Unterbrechung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit dar.

10.5.2 Psyche-Option (Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen)

Sofern Sie den Leistungsauslöser „Psyche-Option“ zusätzlich gegen Mehrbeitrag vereinbart haben, liegt der Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen von Beginn an auch dann vor, solange die Versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht mehr in der Lage ist, drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt bleibt dabei unberücksichtigt.
Die psychische Erkrankung ist durch einen Facharzt für Psychiatrie auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung zu diagnostizieren.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Erkrankung in Kombination mit Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittelkonsum oder Medikamentenmissbrauch entstanden ist.

10.5.3 Berufe-Option

Sofern Sie den Leistungsauslöser "Berufe-Option" zusätzlich gegen Mehrbeitrag vereinbart haben, liegt der Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen von Beginn an auch dann vor, wenn die Versicherte Person während der Versicherungsdauer eine der im Folgenden genannten beruflichen Anforderungen nicht mehr erfüllen kann und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.
Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat. Die dabei für die Versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 Prozent.

Fahrerlaubnisverlust LKW/Bus

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Fahrerlaubnisverlust LKW/Bus“ liegt vor, wenn die Versicherte Person eine der nachfolgenden Fahrerlaubnisklassen besitzt, zur Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit benötigt und zum Führen eines LKWs (Fahrerlaubnis Klasse C, CE, C1, C1E) oder eines Busses (Fahrerlaubnis Klasse D, DE, D1, D1E) nicht mehr geeignet ist. Dazu muss mind. eine der o. g. Fahrerlaubnisse nachweislich aus gesundheitlichen Gründen freiwillig zurückgegeben, entzogen oder nicht verlängert worden sein.
Ein Leistungsfall liegt ebenfalls vor, wenn die Versicherte Person zur Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit, neben den Fahrerlaubnisklassen D, DE, D1, D1E zwingend einen Fahrgastbeförderungsschein benötigt, was uns in geeigneter Form nachzuweisen ist (z. B. durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers) und dieser aus gesundheitlichen Gründen entzogen oder nicht verlängert wird.
In allen Fällen muss dies ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen. Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Fahrerlaubnis der Versicherten

Person aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen oder neurologischen Fehlentwicklungen entzogen wird.

Pflichtvorsorge Lärm

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Pflichtvorsorge Lärm“ liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, da eine arbeitsmedizinische Pflichtvorsorge gemäß der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) für den Bereich „Lärm“ gemäß DGUV Empfehlung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ergab, dass bei der Versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für das Arbeiten bei Lärmexposition dergestalt bestehen, dass ärztlicherseits ein Tätigkeitswechsel für erforderlich gehalten wird. Dies ist uns durch die Vorlage der Mitteilung an den Arbeitgeber oder den Bericht des untersuchenden Arztes nachzuweisen.
Voraussetzung ist, dass für die gleiche berufliche Tätigkeit bei mindestens einer der vorherigen arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorgen keine gesundheitlichen Bedenken für das Arbeiten bei Lärmexposition festgestellt wurden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die gesundheitlichen Bedenken aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen entstanden sind.

Pflichtvorsorge obstruktive Atemwegserkrankungen

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Pflichtvorsorge obstruktive Atemwegserkrankungen“ liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht ausüben kann, da eine arbeitsmedizinische Pflichtvorsorge gemäß der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) für den Bereich „Tätigkeiten mit Stoffen, die obstruktive Atemwegserkrankungen auslösen können“ gemäß DGUV Empfehlung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ergab, dass bei der Versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für das Arbeiten mit Stoffen, die obstruktive Atemwegserkrankungen auslösen können dergestalt bestehen, dass ärztlicherseits ein Tätigkeitswechsel für erforderlich gehalten wird. Dies ist uns durch die Vorlage der Mitteilung an den Arbeitgeber oder den Bericht des untersuchenden Arztes nachzuweisen.

Voraussetzung ist, dass für die gleiche berufliche Tätigkeit bei mindestens einer der vorherigen arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorgen keine gesundheitlichen Bedenken für das Arbeiten mit Stoffen, die obstruktive Atemwegserkrankungen auslösen können, festgestellt wurden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die gesundheitlichen Bedenken aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen entstanden sind.

Pflichtvorsorge Gefährdung der Haut

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Pflichtvorsorge Gefährdung der Haut“ liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht ausüben kann, da eine arbeitsmedizinische Pflichtvorsorge gemäß der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) für den Bereich „Gefährdung der Haut“ gemäß DGUV Empfehlung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ergab, dass bei der Versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für das Arbeiten mit Gefährdung der Haut dergestalt bestehen, dass ärztlicherseits ein Tätigkeitswechsel für erforderlich gehalten wird. Dies ist uns durch die Vorlage der Mitteilung an den Arbeitgeber oder den Bericht des untersuchenden Arztes nachzuweisen.

Voraussetzung ist, dass für die gleiche berufliche Tätigkeit bei mindestens einer der vorherigen arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorgen keine gesundheitlichen Bedenken für das Arbeiten mit Gefährdung der Haut festgestellt wurden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die gesundheitlichen Bedenken aufgrund von Alkohol-, Dro-

gen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen entstanden sind.

Eignungsbeurteilung Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Eignungsbeurteilung Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten“ liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht ausüben kann, da eine arbeitsmedizinische Eignungsbeurteilung gemäß DGUV Empfehlung ergeben hat, dass bei der Versicherten Person gesundheitliche Bedenken für das Arbeiten mit Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten dergestalt bestehen, dass der untersuchende Arzt die Versicherte Person nicht für geeignet hält, Arbeiten mit Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten auszuüben. Dies ist uns durch Vorlage des Untersuchungsberichts nachzuweisen.

Voraussetzung ist, dass für die gleiche berufliche Tätigkeit bei mindestens einer der vorherigen arbeitsmedizinischen Eignungsbeurteilungen keine gesundheitlichen Einschränkungen für das Arbeiten mit Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten festgestellt wurden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die gesundheitlichen Bedenken aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen entstanden sind.

Pflichtvorsorge Atemschutzgeräte

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Pflichtvorsorge Atemschutzgeräte“ liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht ausüben kann, da eine arbeitsmedizinische Pflichtvorsorge gemäß der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) für den Bereich „Atemschutzgeräte“ gemäß DGUV Empfehlung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ergab, dass bei der Versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für das Arbeiten mit Atemschutzgeräten dergestalt bestehen, dass ärztlicherseits ein Tätigkeitswechsel für erforderlich gehalten wird.

Dies ist uns durch die Vorlage der Mitteilung an den Arbeitgeber oder den Bericht des untersuchenden Arztes nachzuweisen.

Voraussetzung ist, dass für die gleiche berufliche Tätigkeit bei mindestens einer der vorherigen arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorgen keine gesundheitlichen Bedenken für das Arbeiten mit Atemschutzgeräten festgestellt wurden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die gesundheitlichen Bedenken aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen entstanden sind.

Berufsbedingte Hauterkrankungen

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Berufsbedingte Hauterkrankungen“ liegt vor, wenn die Haut der Versicherten Person berufsbedingt in einer Weise geschädigt ist, dass der zuständige Unfallversicherungsträger die Hauterkrankung als Berufskrankheit im Sinne der Berufskrankheiten-Verordnung anerkannt hat.
Dies ist uns durch die Vorlage des Anerkennungsbescheides des zuständigen Unfallversicherungsträgers nachzuweisen.

Bitte beachten Sie: es können nur entweder Leistungen gemäß „Pflichtvorsorge Haut“ oder wegen „Berufsbedingte Hauterkrankung“ geltend gemacht werden.

Räumliches Sehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit „Räumliches Sehen“ liegt vor, wenn bei der Versicherten Person die Sehkraft eines Auges, auch unter Nutzung geeigneter Sehhilfen (z. B. Brille, Kontaktlinsen) oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. medikamentöse Einstellung) lediglich 3/60 (bzw. 0,05) oder weniger auf der Snellen-Sehprobetafel beträgt oder ein durch geeignete Sehhilfen nicht korrigierbares einseitiges Schielen oder ein einseitiger Gesichtsfeldausfall oder eine nicht korrigierbare dauerhafte Doppelbildwahrnehmung besteht, was durch geeignete Testverfahren, wie z. B. den Lang-Test nachzuweisen ist.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen der Verlust des räumlichen Sehens aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen entstanden ist.

10.5.4 BU-Wechseloption

Sofern Sie die „BU-Wechseloption“ zusätzlich vereinbart haben, haben Sie das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen, einmalig aus ihrer bestehenden Grundfähigkeitsversicherung in eine Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU) zu wechseln. Dabei verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Da wir in der SBU nach Raucher- und Nichtrauchertarifen unterscheiden, müssen Sie uns jedoch Angaben zu Ihrem Rauchverhalten machen.
Für den Wechsel in eine SBU gelten die zu diesem Zeitpunkt für das Neugeschäft geöffneten Tarife, Annahmerichtlinien und Versicherungsbedingungen. Der Beitrag richtet sich nach dem Tarif, dem Alter der Versicherten Person und dem zu versichernden Beruf zum Zeitpunkt des Wechsels. Die Versicherungs- und Leistungsdauer der SBU darf höchstens so lang sein wie die restliche Versicherungs- und Leistungsdauer der Grundfähigkeitsversicherung. Sollten Sie zum Wechselzeitpunkt einen Beruf ausüben, der nach unseren dann aktuellen Annahmerichtlinien ein geringeres Versicherungs- oder Leistungsendalter vorsieht, so gelten die maximalen Grenzen gemäß dieser Annahmerichtlinien. Sollten Sie zum Wechselzeitpunkt einen Beruf ausüben, der in der SBU nicht versicherbar ist, können Sie die BU-Wechseloption nicht in Anspruch nehmen.

Ein Wechsel in eine SBU kann frühestens nach Ablauf von fünf Jahren und maximal bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres ausgeübt werden.

Sie können den Wechsel innerhalb von zwölf Monaten ab dem Eintritt eines der folgenden Ereignisse verlangen:

- erstmalige Aufnahme einer anerkannten Berufsausbildung durch die Versicherte Person, wobei die Versicherte Person über einen allgemein anerkannten Schulabschluss an einer Regelschule verfügen muss
- Erstmalige Aufnahme eines Vollzeitstudiums durch die Versicherte Person
- Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen (selbstständigen als auch nichtselbstständigen) Tätigkeit durch die Versicherte Person nach Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung oder eines Vollzeitstudiums. Die Ausbildung oder das Studium müssen dabei auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein
- Erfolgreiche Beendigung einer Weiterbildung/Fortbildung als Fach-/Betriebswirt, Meister oder Techniker durch die Versicherte Person und Ausübung einer beruflichen Tätigkeit, auf die die Weiterbildung/Fortbildung ausgerichtet war. Die Weiterbildung/Fortbildung muss mit einem anerkannten Abschluss beendet (Berufsakademien, IHK, etc.) werden.
- Bei Ablauf der ersten 60 Beitragsmonate (5. Policen-Geburtstag)

Sie können den Wechsel nicht verlangen, wenn:

- Die Grundfähigkeitsversicherung mit Erschwernissen (Ausschluss eines Risikos oder Risikozuschlag) angenommen wurde
- Beitragsrückstände bestehen, eine Stundung vorliegt, keine Beiträge gezahlt werden oder der Vertrag sich in der Vital*protect*-Phase befindet
- Die Versicherte Person einen Grad der Behinderung hat oder einen Antrag auf Anerkennung eines solchen gestellt hat
- Die Versicherte Person bereits aus privaten, betrieblichen oder gesetzlichen Versicherungen Leistungen beantragt hat für den Verlust einer Grundfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit (nur im Rahmen eines Lebensversicherungsproduktes), Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung

Die maximale Berufsunfähigkeitsrente, die durch Ausübung der BU-Wechseloption abgesichert werden kann, ist begrenzt auf die versicherte Ge-

samt-Grundfähigkeitsrente zum Wechselzeitpunkt, jedoch maximal auf 18.000 Euro Gesamt-Jahresrente. Bei Ausübung der BU-Wechseloption muss mit der gesamten versicherten Gesamt-Grundfähigkeitsrente in eine SBU gewechselt werden. Lediglich wenn die versicherte Gesamt-Grundfähigkeitsrente 18.000 Euro pro Jahr übersteigt, kann der übersteigende Teil in der Grundfähigkeitsversicherung verbleiben (es gelten Mindestgrenzen, siehe 8.1).
Wird mit der vollständigen versicherten Gesamt-Grundfähigkeitsrente in eine SBU gewechselt, erlischt der Grundfähigkeitsversicherungsvertrag.

Für den aus der BU-Wechseloption zustande gekommenen SBU-Vertrag gilt folgendes:

- Die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie steht nicht zur Verfügung
- Die Regelungen und Fristen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe 14.2) aus dieser Grundfähigkeitsversicherung gelten auch für den SBU-Vertrag

11 Welche Leistungen erbringen wir?

11.1 Beitragsbefreiung und Grundfähigkeitsrente

Erleidet die Versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, den Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen, erbringen wir die vereinbarten Leistungen:
Sie sind von der Beitragszahlungspflicht für Ihren Versicherungsvertrag befreit und wir zahlen die garantierte Grundfähigkeitsrente monatlich im Voraus.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Zahlung der Grundfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust der Grundfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn dieser Versicherung.

Erleidet die Versicherte Person den Verlust mehrerer Grundfähigkeiten im Sinne des Abschnitts 10, führt dies nicht zu einer höheren Rentenleistung.

11.2 Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (sofern gegen Mehrbeitrag vereinbart)

Liegt vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor, erbringen wir folgende Leistungen:

- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für den gesamten vertraglichen Beitrag
- Zahlung einer Rente wegen Arbeitsunfähigkeit in Höhe der zuletzt vereinbarten Grundfähigkeitsrente.

Haben Sie eine garantierte Rentensteigerung für die Grundfähigkeitsrente vereinbart, gilt diese entsprechend auch für die wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit zu leistende Rentenzahlung.

Wir erbringen Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit, solange

- die Versicherte Person ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist,
- wir keine Leistungen wegen Verlusts einer Grundfähigkeit erbringen,
- die Versicherte Person lebt,
- die Leistungsdauer des Vertrags noch nicht abgelaufen ist.

Unsere Leistungen erfolgen rückwirkend ab Beginn des Monats, der auf den Beginn der attestierten Arbeitsunfähigkeit folgt. Sie enden zum Ende des Monats, in dem die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit endet, spätestens mit dem 24. bzw. 36. Monat einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit. Die von Ihnen gewählte maximale Leistungsdauer für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit ist im Versicherungsschein dokumentiert.

Beispiel:
Erster Tag der Arbeitsunfähigkeit: 13. Februar
Die Rentenzahlung beginnt am 1. März
Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit: 26. November.
Die letzte Rentenzahlung erfolgt für den Monat November.

Insgesamt erbringen wir Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit für maximal 24 bzw.

36 Monate während der gesamten Laufzeit des Vertrags (für Arbeitsunfähigkeiten mit einer Dauer ab sechs Monaten).

Der Bezug von Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Verlusts einer Grundfähigkeit. Sie können jedoch verlangen, dass der Antrag auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit eine gleichzeitige Prüfung von Ansprüchen auf Leistungen wegen Verlusts einer Grundfähigkeit gemäß 10.1 ff. auslöst. Hierfür gelten sämtliche Regelungen hinsichtlich des Verlustes einer Grundfähigkeit. Beide Leistungen werden jedoch stets unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

Erkennen wir zu einem späteren Zeitpunkt rückwirkend Leistungen wegen Verlusts einer Grundfähigkeit an, verrechnen wir diese mit den erbrachten Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit.

Werden Leistungszeiträume einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit rückwirkend als Leistungszeitraum wegen Verlusts einer Grundfähigkeit anerkannt, schmälern diese nicht den maximalen Leistungszeitraum, der für die Arbeitsunfähigkeit gilt. Daher prüfen wir auf Ihren Wunsch auch schon bei Anmeldung von Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit auch Ihre Ansprüche auf Leistungen wegen Verlusts einer Grundunfähigkeit.

Sonstige Regelungen

Ein Ausschluss dieser Option ist während der Vertragslaufzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode möglich, sofern noch keine Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit beantragt oder in Anspruch genommen wurden. Ein Rückkaufswert wird dabei nicht fällig.

Wenn für Ihren Vertrag Leistungseinschränkungen vereinbart sind, gelten diese auch für Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit.

11.3 Garantierte Rentensteigerung

Sie können für die Leistungsphase eine garantierte jährliche Rentensteigerung der Grundfähigkeitsrente vereinbaren.
Die erste garantierte Erhöhung der Rente erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Die Höhe der garantierten Rentensteigerung ergibt sich aus dem bei Vertragsschluss vereinbarten Steigerungssatz und der auf das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

Wird der Vertrag vor Ablauf der Versicherungsdauer wieder beitragspflichtig und haben wir eine garantierte Rentensteigerung der Grundfähigkeitsrente während des Rentenbezugs durchgeführt, werden die bereits durchgeführten Steigerungen bei erneutem Rentenbezug nicht angerechnet, sondern die Steigerungen beginnen wieder von neuem.

11.4 Einmalige Kapitalleistung bei Arbeits- bzw. Arbeitswegeunfall

Zusätzlich zur Beitragsbefreiung und Rente (siehe 11.1) ist eine einmalige Kapitalleistung vereinbart. Bei Verlust einer versicherten Grundfähigkeit infolge eines Arbeits- oder Arbeitswegeunfalls zahlen wir einmalig eine zusätzliche Kapitalleistung in Höhe der dreifachen bei Leistungseintritt garantierten monatlichen Grundfähigkeitsrente.

Der Anspruch auf diese Kapitalleistung besteht während der Versicherungsdauer einmalig.

11.5 Teilkapitalisierungsmöglichkeit der Grundfähigkeitsrente

Bei Verlust einer der folgenden Grundfähigkeiten (gemäß Abschnitt 10.3 und 10.4) haben Sie einmalig die Möglichkeit, sich bei Rentenbeginn einen Teil der künftigen garantierten Renten gegebenenfalls zuzüglich Bonus (Gesamtrente) als Kapitalbetrag ausbezahlen zu lassen.

- Gehen
- Treppensteigen
- Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L

- Fahrrad/Pedelec fahren
- Nutzung des ÖPNV

Die Kapitalauszahlung muss mindestens die Höhe einer monatlichen Gesamtrente betragen und darf die Summe von zwölf monatlichen Gesamtrenten nicht übersteigen.

Der Anspruch auf Teilkapitalisierung erlischt, wenn zum Zeitpunkt des Rentenbeginns aufgrund des Verlusts einer Grundfähigkeit die verbleibende Leistungsdauer weniger als zwei Jahre beträgt oder bereits mindestens eine Rentenzahlung aufgrund des Verlusts einer Grundfähigkeit erfolgt ist.

Der Anspruch auf diese Teilkapitalisierung besteht während der Versicherungsdauer einmalig.

Bei Inanspruchnahme und Auszahlung des Kapitalbetrags reduziert sich die monatliche Grundfähigkeitsrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen um den entnommenen Betrag und einen Selektionsabschlag. Dieser Selektionsabschlag wird hiermit ausdrücklich vereinbart.
Damit wird ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für verminderte Kapitalerträge aufgrund vorzeitiger Fälligkeit vorgenommen. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen.

11.6 Wann enden unsere Leistungen?

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Zahlung einer Grundfähigkeitsrente im Sinne von 11.1 sowie Zahlung der Leistung im Sinne von 11.3 und 11.4 erlischt, wenn

- die Versicherte Person stirbt,
- das Ablaufdatum der Leistungsdauer erreicht ist,
- der Verlust einer Grundfähigkeit nicht mehr besteht,
- der Vertrag vor dem Eintritt unserer Leistungspflicht gekündigt wurde.

Es wird keine Leistung fällig, wenn

- die Versicherte Person stirbt,
- die Versicherte Person den Ablauf der Versicherungsdauer erlebt, ohne dass der Verlust einer Grundfähigkeit eingetreten ist,
- der Vertrag beitragsfrei gestellt wird und die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird,
- das vollständige berufliches Tätigkeitsverbot gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) nicht mehr vorliegt
- oder der Vertrag gekündigt wird.

11.7 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

Nach Anmeldung des Verlusts einer Grundfähigkeit sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Ihr Verlangen stunden wir die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus, sollte es zu einem gerichtlichen Verfahren kommen, bis zu dessen Abschluss.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für fünf Jahre nach Anmeldung des Verlusts einer Grundfähigkeit. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

Soweit wir Leistungen für den Zeitraum der Stundung anerkennen, brauchen Sie gestundete Beiträge nicht nachzuentrichten.

Soweit wir keine Leistungen anerkennen, sind nach Ablauf der Stundung die gestundeten Beiträge unverzüglich nachzuzahlen. Hierzu haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen.
- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen berechnen wir dabei ebenfalls nicht.

Lassen Sie sich die Beiträge nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Versicherung

an, zahlen wir Ihnen die befreiten Beiträge rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht zurück.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

Während der gesamten Dauer Ihres Vertrags beraten und unterstützen wir auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versicherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläutern Ihnen zum Beispiel, welche Voraussetzungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten. Gerne unterstützen wir Sie, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben.

11.8 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2025 I GF, SL 2025 RI GF, SL 2025 TI GF und der Sterbetafel der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T) und einem Rechnungszins in Höhe von 1,0 Prozent.

11.9 Sonstige Regelungen

Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe Kapitel F).

Weitere Einzelheiten über Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung finden Sie im Versicherungsschein. Im Falle etwaiger Widersprüche haben die im Versicherungsschein getroffenen Vereinbarungen vor diesen Bedingungen Vorrang.

12 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Grundfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von vier Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 15.1.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle vier Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 15.1.1) vor, erklären wir innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

Grundsätzlich sprechen wir bei Verlust einer Grundfähigkeit kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können einem unbefristeten Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. In einem solchen Fall möchten wir Ihnen schnell und unkompliziert helfen, indem wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis für einen Leistungszeitraum von bis zu maximal zwölf Monaten in Textform aussprechen.

Die Prüfung der Fortdauer des Verlustes einer Grundfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß Abschnitt 9 dieser Bedingungen; die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß Abschnitt 13 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums verzichten wir.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass kein Verlust einer Grundfähigkeit vorliegt, fordern wir die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurück. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht zurückforderbar, wenn kein Verlust einer Grundfähigkeit vorgelegen haben sollte.

13 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Leistungspflicht?

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, die Voraussetzungen für das Fortbestehen eines Leistungsanspruchs nachzuprüfen.

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen von 15.1.1 gelten entsprechend.

Die Wiedererlangung einer Grundfähigkeit, die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis (siehe 10.3 Buchstabe o) und der Wegfall der Betreuung (siehe 10.4 Buchstabe t) sind uns unverzüglich anzuzeigen.
Ist der Verlust einer Grundfähigkeit weggefallen, stellen wir die Leistung ein.

Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht wegen Verlusts einer Grundfähigkeit entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen bei Verlust einer Grundfähigkeit können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen.

Auslandsaufenthalt

Hat die Versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt im Ausland, so können wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer des Verlusts einer Grundfähigkeit vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

14 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nichts anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen den Verlust einer Grundfähigkeit erleidet oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch die Begehung oder den Versuch einer vorsätzlichen Straftat durch die Versicherte Person wie beispielsweise ein illegales Autorennen im Straßenverkehr. Dieser Ausschluss gilt nicht bei Ordnungswidrigkeiten und Fahrlässigkeitsdelikten aller Art. Für den Straßenverkehr bedeutet dies, dass der Versicherungsschutz bei Begehung einer fahrlässigen Ordnungswidrigkeit, einer vorsätzlichen Ordnungswidrigkeit, einer fahrlässigen Straftat oder einer grob fahrlässigen Straftat besteht.
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung,
- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist,
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den

vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen der Stoffe darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird,
- durch Handeln oder Unterlassen, mit welcher der Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigte oder der Drittberechtigte vorsätzlich und rechtswidrig im Sinne des Strafrechts den Versicherungsfall herbeigeführt hat.

15 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

15.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung verlangen?

Zur Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung können wir Auskünfte in zweistufiger Form verlangen, zur Feststellung unserer Leistungspflicht muss von Ihnen der Nachweis für das Vorliegen des Verlusts einer Grundfähigkeit der Versicherten Person erbracht werden.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft über die steuerliche Ansässigkeit vorgelegt wird.

Die Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung nehmen wir auf Ihren Wunsch hin in zweistufiger Form vor. Im Rahmen der Leistungsprüfung erläutern wir Ihnen die Details der jeweiligen Form und Sie haben dann die Möglichkeit sich für eine Form zu entscheiden. Wir können von der Versicherten Person auf der ersten Stufe verlangen, dass sie uns entweder ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder ihrem Hausarzt Informationen über ärztliche Behandlungen und Behandlungszeiträume ohne Angabe von Befunden für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Ergeben sich aus diesen Informationen Anhaltspunkte für die Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, können wir von der Versicherten Person auf der zweiten Stufe verlangen, dass sie uns entweder ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder den behandelnden Ärzten Informationen auch über Befunde, Diagnosen und Arbeitsunfähigkeitszeiträume für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Die Versicherte Person ist nicht zur Mitwirkung verpflichtet. Solange die Mitwirkung verweigert wird, können wir die weitere Leistungsprüfung verweigern. Die Versicherungsleistung wird dann nicht fällig. Details hierzu erläutern wir Ihnen im Rahmen der Leistungsprüfung.

15.1.1 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen Verlusts einer Grundfähigkeit

Zur Feststellung unserer Leistungspflicht wegen Verlusts einer Grundfähigkeit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles,
- ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Angabe über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens auf die in Abschnitt 10 beschriebenen Grundfähigkeiten,
- bei Anordnung gesetzlicher Betreuung der gerichtliche Bestellungsbeschluss,
- bei Verlust der Eignung zum Führen eines Autos, der Nachweis über den Entzug der Fahrerlaubnis sowie ein verkehrsmedizinisches Gutachten,

- bei Pflegebedürftigkeit oder Autonomieverlust infolge Demenz zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege bzw. die Notwendigkeit der Beaufsichtigung,
- Unterlagen über den bei Antragstellung ausgeübten Beruf sowie die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Person.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

Wir können darüber hinaus auf unsere Kosten ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Dies gilt auch für die wirtschaftlichen Verhältnisse und deren Veränderungen. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen – also keine sogenannten Vertragsärzte.

Hält sich die Versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Wir können zur Feststellung der Leistungspflicht von der Versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen, oder uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auf eigene Nachfrage bei den vorgenannten Institutionen und Personen zur Verfügung stellt. Hat die Versicherte Person eine Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir diese vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die Versicherte Person kann der Erhebung widersprechen. Die Versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Erhalten wir keine zur Beurteilung der Voraussetzungen des Verlusts einer Grundfähigkeit notwendigen Auskünfte und Nachweise, kann dies dazu führen, dass die Versicherungsleistung nicht fällig wird und wir keine Leistungen erbringen müssen.

Bitte beachten Sie auch die in 10.2 beschriebene Schadenminderungspflicht.

15.1.2 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen Arbeitsunfähigkeit

Für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine oder mehrere ärztliche Bescheinigung(en) der Arbeitsunfähigkeit innerhalb des Zeitraums, in dem Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Mindestens eine ärztliche Bescheinigung muss von einem in der Europäischen Union, Schweiz oder Norwegen niedergelassenen Facharzt mit einer der Krankheit entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.
- auf weitere Nachfrage von uns ergänzende Angaben zum Befund und/oder zum Beruf.

Jede ärztliche Bescheinigung muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- erhobener Befund
- Zeitpunkt des Beginns der vollständigen Arbeitsunfähigkeit
- voraussichtliche Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Wir akzeptieren auch AU-Bescheinigungen nach dem Muster der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Eventuell entstehende Kosten für die Beschaffung der Bescheinigung(en) gehen zu Ihren Lasten.

15.1.3 Hinweis zu Arztanordnungen

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung. Davon ausgenommen sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, wenn diese Hilfsmittel bzw. Heilbehandlungen eine sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten und zu einer Minderung einer Beeinträchtigung führen können.

Lässt die Versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Beeinträchtigung nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

15.1.4 Während des Leistungsbezugs

Die Wiedererlangung einer Grundfähigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

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

15.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz bei Verlust einer Grundfähigkeit und bei Arbeitsunfähigkeit im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, ärztlichen Behandlungen sowie zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), aber auch Fragen zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen der letzten Jahre), zur Schul-/Berufsausbildung, zur Stellung im Beruf (z. B. selbstständig, Auszubildender), zum Erwerbsstatus (z. B. Schüler, Arbeitssuchender), zu beruflichen Risiken (z. B. Umgang mit Chemikalien) und zu privaten Risiken (Hobbys mit erhöhtem Risiko wie z. B. Tauchen, Kampfsportarten).

Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

15.2.2 Rücktritt

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind (siehe 15.2.1), können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

15.2.3 Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe 9.2).

15.2.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

15.2.5 Ausübung unserer Rechte

Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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

Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

15.2.6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen 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. Wenn die Versicherung durch Anfechtung aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

15.2.7 Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

Die Regelungen in 15.2.1 bis 15.2.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 15.2.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

15.2.8 Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer vorgenannten Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht

ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

15.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 13 oder 15.1 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

15.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.
Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Werktage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

15.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Bei Tod der Versicherten Person enden unsere Leistungen. Die Grundfähigkeitsversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

16 Was ist eine Überschussbeteiligung?

Die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven nennen wir Überschussbeteiligung. Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen.

Bei Ihrer Versicherung werden die Risiken von mehreren Versicherungsunternehmen im Rahmen eines Konsortiums gemeinsam getragen. Daher gehen in die Ermittlung der Beteiligung an dem Überschuss und der Beteiligung an den Bewertungsreserven auch die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven der beteiligten Konsortialgesellschaften entsprechend den jeweiligen Konsortialanteilen ein. Die Höhe der Beteiligung an dem Überschuss wird von diesen Gesellschaften jährlich im Rahmen ihrer Überschussdeklaration neu festgelegt. Die Bewertungsreserven für den Anteil der Konsortialgesellschaften werden von diesen Gesellschaften mindestens einmal jährlich ermittelt.

Die weiteren Erläuterungen beziehen sich auf die Ermittlung und Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven der Swiss Life als Konsortialführerin.

16.1 Beteiligung an dem Überschuss

Ein Versicherungsunternehmen erwirtschaftet Überschüsse. Die Höhe der erwirtschafteten Überschüsse hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Somit kann die Höhe der künftigen Beteiligung an dem Überschuss **nicht garantiert** werden.

Es können Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse erwirtschaftet werden:

- Wenn wir mit dem Sicherungsvermögen aller unserer Versicherungsnehmer Erträge erzielen, entsteht ein sogenannter Zinsüberschuss.
- Wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs angenommen haben, entsteht ein sogenannter Risikoüberschuss.
- Wenn die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als in der Kalkulation angesetzt, dann entsteht ein sogenannter Kostenüberschuss.

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 Vertrags an dem Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Für die Beteiligung an dem Überschuss fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Rentenversicherungen einer Bestandsgruppe zu und Grundfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinngruppen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maße, wie die Bestandsgruppen und Gewinngruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder eine Gewinngruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung. Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe 125.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Vorstand jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Höhe der Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Abhängig von objektiven Risikomerkmalen, z. B. ausgeübter Beruf, können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen. Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

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

Wir veröffentlichen die festgelegten Überschussanteilsätze jährlich in unserem Geschäftsbericht.

Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern oder im Internet auf unserer Website www.swisslife.de/geschaeftsbericht einsehen.

Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 17, 18 und 21.

16.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind.

Beispiel: Wir haben eine Aktie zum Kurs von 100 Euro gekauft. Mit diesem Wert ist die Aktie in der Bilanz ausgewiesen. Wenn der Kurs der Aktie zum Bilanzstichtag bei 110 Euro steht, ist eine Bewertungsreserve in Höhe von zehn Euro entstanden.

Bewertungsreserven können auch negativ werden. Dann spricht man von stillen Lasten. Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven ist niemals negativ.

Die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven ist **nicht garantiert**, da die Entwicklung der Marktwerte der Kapitalanlagen nicht vorhersehbar ist. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Die Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 19, 20 und 21.

17 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Die Überschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht.

Für Ihren Vertrag gilt das Überschussverwendungs-System Beitragsverrechnung.

Beitragsverrechnung

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Beitragszahlungsdauer in Prozent der Beiträge ausgewiesen und mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird keine Leistung fällig. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine Beteiligung an dem Überschuss.

Die Höhe der Beitragsverrechnung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und somit kann auch die Höhe des zu zahlenden Beitrags jährlich schwanken.

18 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Ab Eintritt des Leistungsfalls besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Sofern Risiko- und Kostenüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

Die Zuteilung der laufenden Zinsüberschussanteile inklusive Risiko- und Kostenüberschussanteile erfolgt jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern eine Leistungspflicht zu diesem Zeitpunkt besteht.

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

Die Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung erhöhen sich zu Beginn eines Versicherungsjahres um einen jährlich neu festgelegten

Prozentsatz der bisher erreichten Gesamtleistung. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres.

Die so erreichte Gesamtrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe Abschnitt 20 und 21).

19 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

Die Grundfähigkeitsversicherung ist eine Risikoversicherung. Somit ist eine Grundfähigkeitsversicherung mit laufender Beitragszahlung hinsichtlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt des Leistungsfalls **nicht überschussberechtigt**.

20 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Die 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. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Rentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 213 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 139 VAG zu ermittelnde Sicherungsbedarf wird dabei berücksichtigt. Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir auf Basis der Bewertungsreservensituation der zurückliegenden Monate.

Daraufhin wird bestimmt, zu welchem Anteil die verteilungsfähige Bewertungsreserve dem (Teil-)Bestand der Verträge in der Rentenbezugszeit zuzuordnen ist. Weitere Informationen zur Ermittlung des Anteilsatzes finden Sie in unserem Geschäftsbericht.
Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven des Unternehmens werden mit diesem Anteilsatz multipliziert und ergeben die verteilungsfähigen Bewertungsreserven für den Teilbestand der Verträge in der Rentenbezugszeit.
Dieser Betrag wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Rentenbezugszeit multipliziert und den Rentenauszahlungen zugeordnet.

Verwendung

Der ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrente des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 Prozent kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

21 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts

ist insbesondere bei laufenden Grundfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

G Auszahlung von Leistungen

22 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Zahlung der Grundfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust der Grundfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn dieser Versicherung.

Die Kapitalleistung aufgrund des Verlusts einer Grundfähigkeit infolge eines Arbeits- oder Arbeitswegeunfalls gemäß 11.3 zahlen wir zusammen mit der ersten fälligen Grundfähigkeitsrente aus. Bei Inanspruchnahme der Teilkapitalisierungsmöglichkeit gemäß 11.4. zahlen wir den gewählten Betrag zusammen mit der ersten fälligen Grundfähigkeitsrente aus.

Meldefrist

Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Verlust einer Grundfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

Verfügungen

Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind. Die Abtretung und die Verpfändung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige 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.

23 An wen zahlen wir Leistungen aus?

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

Die Einräumung und der Widerrufoder Änderung eines Bezugsrechts sind uns vom bisherigen Berechtigten in Textform anzuzeigenbedarf gegebenenfalls der Zustimmung der Versicherten Person.

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

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind.

H Unser Vertragsverhältnis

24 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

Ist ein Bezugsrecht eingeräumt, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

25 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf

Gemäß § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sind wir zu einer Neufestsetzung des Beitrags berechtigt, wenn

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

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

Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

26 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

26.1 Recht und Vertragssprache

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland. Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften. Die Vertragssprache für alle Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

26.2 Erklärungen zu Lebzeiten

Alle Erklärungen zu diesem Vertrag müssen in Textform erfolgen. Ihre Erklärungen richten Sie bitte an unsere Adresse. Derzeit lautet sie:

Swiss Life Lebensversicherung SE
Zeppelinstraße 1
85748 Garching b. München
Fax +49 89 38109-4180
info@swisslife.de

Unsere Mitteilungen senden wir an die Adresse, die im Versicherungsvertrag angegeben ist.

26.3 Erklärungen nach dem Tod

Wenn die Versicherte Person stirbt, dürfen wir unsere Erklärungen an folgende Personen schicken:

- eine von Ihnen bevollmächtigte Person,
- den Begünstigten oder den Inhaber des Versicherungsscheins, wenn kein Begünstigter vorhanden ist oder wir seinen Aufenthaltsort nicht ermitteln können.

26.4 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

Unverzügliche Mitteilungspflicht

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte Anschrift senden. Drei Tage danach gilt die Erklärung als bei Ihnen zugegangen – auch wenn Sie sie tatsächlich nicht erhalten haben. Dies gilt auch, wenn Sie Gewerbetreibender sind und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

Benennung eines Zustellungsbevollmächtigten

Wenn Sie sich über einen längeren Zeitraum nicht in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, empfehlen wir Ihnen Folgendes: Bevollmächtigen Sie eine im Inland wohnhafte Person, Erklärungen von uns entgegenzunehmen.

26.5 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die notwendigen Daten 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 ist. Dies betrifft insbesondere unwiderruflich bezugsberechtigte Personen sowie im Leistungsfall anspruchsberechtigte oder begünstigte Personen. Als Versicherungsnehmer willigen Sie unwiderruflich ein, dass Swiss Life befugt ist, sämtliche notwendigen Daten an die zuständigen Behörden in Erfüllung rechtlicher Pflichten weiterzuleiten.

Notwendige Daten 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 Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort, der Wohnsitz, die Postanschrift, die Bankverbindung oder der Status als US-Person im Sinne des US-Foreign Account Tax Compliance Act, z. B. durch Heirat, Erwerb einer Aufenthaltsbewilligung („Green Card“) oder einen längeren US-Aufenthalt. Zur eventuellen Klärung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

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

Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die zur Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Daten zur Verfügung gestellt haben. Eine nicht ordnungsgemäße Erfüllung der steuerlichen Meldepflichten kann zudem zur Verhängung von Bußgeldern gegen Sie durch das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) nach Maßgabe des Gesetzes zum automatischen Austausch von Informationen über Finanzkonten in Steuersachen (FKAustG) sowie der Abgabenordnung (AO) führen.

27 Wo können Sie sich beschweren?

Falls Sie einmal Anlass für eine Beschwerde haben sollten, würden wir uns über eine Nachricht von Ihnen freuen. Gerne können Sie auch unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swiss-life.de/anregung-und-kritik) nutzen. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden um Sie zufriedenzustellen.

27.1 Schlichtungsstelle

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. und nimmt damit an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann teil. Damit ist für Sie als Verbraucher die Möglichkeit eröffnet, zur Schlichtung den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hierdurch für Sie unberührt.
Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Telefon: 0800 369 6000
Fax: 0800 369 9000
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Für weitere Informationen:
www.versicherungsombudsmann.de

27.2 Aufsichtsbehörden

Darüber hinaus können Sie sich an die Aufsichtsbehörde wenden, wenn Sie mit unserer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
poststelle@bafin.de
www.bafin.de

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

27.3 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Wenn Sie eine Klage aus dem Vertrag gegen uns erheben, ist folgendes Gericht zuständig:

- das Gericht, in dessen Bezirk unser Geschäftssitz liegt,
- 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.
- auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie als juristische Person Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Wir müssen Klagen aus dem Vertrag gegen Sie 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.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

28 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

Eine Bestimmung kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder
- wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt.

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen dennoch wirksam.

28.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
- Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

29 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif?

29.1 Wann und in welchem Umfang erhöht sich der Beitrag?

Der Anfangsbeitrag (Beitragsstufe 1) erhöht sich – je nach Vereinbarung – nach Ablauf des ersten bis fünften vollen Versicherungsjahres auf den Tarifbeitrag der Beitragsstufe 2 bei unveränderten versicherten Leistungen. Sofern Sie eine Verlängerung der Beitragsstufe 1 beantragen, gilt abweichend hiervon 29.2. Die Höhe der jeweiligen Beitragsstufe ist in den vorvertraglichen Informationen und im Versicherungsschein dokumentiert.

Auch für den ersten Beitrag der Beitragsstufe 2 gelten die Regelungen zum Folgebeitrag (siehe 5.3).

29.2 Vertragsänderungen und Einschränkungen

Beitragsstufe 1

Eine Verkürzung der Beitragsstufe 1 ist nicht möglich. Sie können jedoch auf Antrag den Beginn der Beitragsstufe 2 einmalig um ein Jahr in die Zukunft verschieben. Ihr Antrag muss spätestens zwei Monate vor Ablauf der Beitragsstufe 1 bei uns in Textform eingehen. Durch die Beginnverlegung werden die Beiträge der Beitragsstufen 1 und 2 neu berechnet. Hierüber erhalten Sie von uns einen Vorschlag bzw. einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

Aufgrund der Tarifbesonderheit ist während der Beitragsstufe 1 nur in seltenen Fällen ein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher ist die Möglichkeit der Stundung der Beiträge gemäß 9.4 sehr eingeschränkt. Gleiches gilt für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 9.4. Bei einer befristeten Beitragsfreistellung wird der Tag der Wiederinkraftsetzung so bestimmt, dass er mit dem Beginn eines Versicherungsjahres zusammenfällt. Der Beginn der Beitragsstufe 2 wird auf diesen Termin verlegt und die Beiträge der Beitragsstufe 2 werden neu berechnet.

Während der Dauer der Beitragsstufe 1 sind aufgrund der Tarifbesonderheit eine teilweise Kündigung gemäß Abschnitt 33 sowie Vital*protect* gemäß 9.5 nicht möglich.

Wird eine Erhöhung, eine Reduktion oder eine Änderung der Berufsgruppe oder Risikodaten (Erhöhung der Beiträge – auch im Rahmen der Nachversicherungsgarantie) gewünscht, erfolgt die Vertragsanpassung zum nächsten Monatsersten. Eine solche Vertragsänderung kann nur für die Zukunft beantragt werden. Der Beginn der Beitragsstufe 2 bleibt dabei unverändert.

Beitragsstufe 2

Aufgrund der Tarifbesonderheit ist auch während der Beitragsstufe 2 – insbesondere in den ersten Jahren – kein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher kann die Möglichkeit für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 9.4 und Vital*protect* gemäß 9.5 eingeschränkt sein.

Daher können wir einen Rechtsanspruch auf die befristete Beitragsfreistellung und Vital*protect* nicht uneingeschränkt einräumen, sondern nur soweit ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden ist.

29.3 Welcher Beitrag ist bei Verlust einer Grundfähigkeit befreit?

Ergänzend zu 11.1 ist auch der erhöhte Beitrag der Beitragsstufe 2 von der Beitragszahlungspflicht befreit, wenn der Verlust einer Grundfähigkeit während der Beitragsstufe 1 eingetreten ist und Leistungen während der Beitragsstufe 2 zu erbringen sind.

I Nachversicherungsgarantie

30 Welche Nachversicherungsgarantie haben Sie?

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang Ihres Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung in verschiedenen Situationen **ereignisabhängig**

zu erhöhen. Dabei darf die Erhöhung je Ereignis maximal 50 Prozent der zum Erhöhungszeitpunkt versicherten Leistung betragen. Folgende Ereignisse stehen zur Verfügung:

- 18. Geburtstag der Versicherten Person,
- Heirat der Versicherten Person bzw. Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die Versicherte Person,
- Wiederaufnahme der Berufstätigkeit innerhalb von 36 Monaten nach der Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Scheidung der Versicherten Person bzw. Aufhebung der Lebenspartnerschaft,
- Durchführung eines Versorgungsausgleichs zulasten der Versicherten Person,
- Tod des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners der Versicherten Person,
- Erstmalige Aufnahme einer anerkannten Berufsausbildung (auch duales Studium) durch die Versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme eines Vollzeitstudiums durch die Versicherte Person,
- Abschluss einer anerkannten beruflichen Qualifikation (z. B. Berufsausbildung, Meisterbrief, Berufsakademie, Studium, Approbation in einem ärztlichen Beruf) durch die Versicherte Person,
- Aufnahme einer hauptberuflichen nichtselbstständigen Vollzeittätigkeit in Festanstellung durch die Versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen oder freiberuflichen Vollzeittätigkeit durch die Versicherte Person,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttogehalts der Versicherten Person um mindestens zehn Prozent (z. B. nach Karrieresprung, Wechsel des Arbeitgebers, nach Abschluss der Schulausbildung, des Studiums oder einer Promotion, nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Berufsausbildungsabschluss, Meisterbrief),
- Gehaltssteigerung, die bei der Versicherten Person zum erstmaligen Überschreiten der maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung führt,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 Prozent, wenn die Versicherte Person selbstständig tätig ist,
- Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsversorgung der Versicherten Person aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersvorsorge oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die Versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist,
- Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich, zur Praxisfinanzierung oder zum Erwerb von selbst genutztem Immobilieneigentum durch die Versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 Euro.

Spezielle Bildungsabschlüsse im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie

Bei Vorliegen von einem der folgenden Bildungsabschlüsse können Sie die zum Erhöhungszeitpunkt versicherte Leistung auch einmalig um 100 Prozent erhöhen:

- Schulabschluss an einer Regelschule und Beginn einer anerkannten Berufsausbildung, eines Vollzeitstudiums oder eines ausbildungsintegrierten dualen Studiums durch die Versicherte Person,
- Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung und Beginn einer (selbstständigen/nichtselbstständigen) Tätigkeit durch die Versicherte Person. Die Ausbildung muss dabei auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein.
- Abschluss eines ausbildungsintegrierten dualen Studiums (Bachelor oder Master) und Beginn einer (selbstständigen/nichtselbstständigen) Tätigkeit durch die Versicherte Person. Das duale Studium muss dabei auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein.

- Abschluss einer Promotion und Beginn bzw. Fortführung einer (selbstständigen/nichtselbstständigen) Tätigkeit durch die Versicherte Person. Die Promotion muss dabei auf die künftige bzw. aktuelle berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein.

Karrieregarantie im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie

- Sollte sich das regelmäßige jährliche Bruttogehalt der Versicherten Person um mindestens fünf Prozent erhöhen, haben Sie das Recht die zum Erhöhungszeitpunkt versicherte Leistung im gleichen prozentualen Verhältnis zu erhöhen, wie die Erhöhung des Bruttogehalts ausgefallen ist.
- Bei einer nachhaltigen Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung um mindestens fünf Prozent, haben Sie das Recht, die zum Erhöhungszeitpunkt versicherte Leistung im gleichen prozentualen Verhältnis zu erhöhen, wie die Erhöhung der Gewinnsteigerung ausgefallen ist. Dabei ist die maximale prozentuale Erhöhung auf 20 Prozent je Kalenderjahr begrenzt.

Die Karrieregarantie kann einmal im Kalenderjahr ausgeübt werden, sofern die o. g. Voraussetzungen vorliegen. Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz im Rahmen der Karrieregarantie erhöhen, so kann das zugrunde liegende Ereignis nicht zusätzlich im Rahmen der normalen ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie geltend gemacht werden.

Eine Erhöhung im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie kann nur für die Zukunft beantragt werden. Wird eine solche Vertragsanpassung gewünscht, erfolgt diese zu dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Termin. Zu diesem Termin beginnt auch der Versicherungsschutz der gewünschten Erhöhung

Sollte ein Verlust einer Grundfähigkeit vor Beginn des erhöhten Versicherungsschutzes eintreten und wurden bereits Beiträge dafür bezahlt, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück. Die bereits beantragte und dokumentierte Erhöhung des Versicherungsschutzes wird in diesem Fall nicht wirksam.

Die Erhöhung der versicherten Grundfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen und ist – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- einer bei Swiss Life versicherten Grundfähigkeitsrente von 3.000 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Unabhängig davon, können Sie im Rahmen der Karrieregarantie grundsätzlich die versicherte Grundfähigkeitsrente auf bis zu 4.000 Euro im Monat erhöhen. Eine Ausnahme stellt das Nachversicherungsereignis „Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen oder freiberuflichen Vollzeittätigkeit durch die Versicherte Person“ dar. Hier gilt die maximale Höchstabsicherungsgrenze für Existenzgründer in Höhe von 1.500 Euro im Monat. Sollten unsere Annahmerichtlinien zum Erhöhungszeitpunkt bei bestimmten Berufen höhere Absicherungsgrenzen für Existenzgründer vorsehen, so beläuft sich die Höchstabsicherungsgrenze bei diesen Berufen analog den Annahmerichtlinien, jedoch maximal auf 3.000 Euro (4.000 Euro im Rahmen der Karrieregarantie) im Monat. Alle bestehenden Tarifrenten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Bei einer Erhöhung der Grundfähigkeitsrente bis zu 3.000 Euro (4.000 Euro im Rahmen der Karrieregarantie) im Monat ist es ausreichend, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrages die Antragsfragen beantwortet wurden.
Eine Erhöhung der Grundfähigkeitsrente auf bis zu 4.000 Euro im Monat (außerhalb der Karrieregarantie) setzt voraus, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrages neben der Beantwortung der Antragsfragen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

Sie können die ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse in Textform und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend machen, sofern zum Zeitpunkt des maßgeblichen Ereignisses die Versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und weder einen Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne unserer Bedingungen erleidet oder erlitten hat, arbeitsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, eine Einschränkung der Berufsausübung durch Infektionskrankheiten vorliegt oder vorlag, berufsunfähig oder erwerbsgemindert im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf Leistungen gestellt hat bzw. weder Leistungen aus einer Invaliditätsversicherung erhält oder erhielt, noch beantragt hat (z. B. bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung).

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zuletzt versicherten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten der zum Erhöhungszeitpunkt maßgebliche Tarif und im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

Zusätzlich haben Sie das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen Ihren Vertrag **ereignisunabhängig** und ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Die Erhöhung muss in den ersten fünf Versicherungsjahren beantragt werden und kann frühestens zu dem auf Ihren Antrag folgenden Monat durchgeführt werden. Dieses Recht kann nur einmalig ausgeübt werden.

Eine Erhöhung im Rahmen der ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie kann nur für die Zukunft beantragt werden. Wird eine solche Vertragsanpassung gewünscht, erfolgt diese zu dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Termin.
Der Versicherungsschutz für diese Erhöhung beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten, diese entfällt bei Unfall.

Sollte ein Verlust einer Grundfähigkeit während der Wartezeit eintreten, und wurden bereits Beiträge dafür bezahlt, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück.

Die Erhöhung der versicherten Grundfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen und ist – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- 50 Prozent der zum Erhöhungszeitpunkt versicherten Leistung,
- höchstens jedoch 500 Euro Grundfähigkeitsrente pro Monat,
- einer bei Swiss Life versicherten Grundfähigkeitsrente von 3.000 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Alle bestehenden Tarifrenten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Bei einer Erhöhung der Grundfähigkeitsrente bis zu 3.000 Euro im Monat ist es ausreichend, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrages die Antragsfragen beantwortet wurden.
Eine Erhöhung der Grundfähigkeitsrente auf bis zu 4.000 Euro im Monat setzt voraus, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrages neben der Beantwortung der Antragsfragen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

Sie können die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre bei uns geltend machen, sofern zum Zeitpunkt der Beantragung die Versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und weder einen Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne unserer Bedingungen erleidet oder erlitten hat, arbeitsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, eine Einschränkung der Berufsausübung durch Infektionskrankheiten vorliegt

oder vorlag, berufsunfähig oder erwerbsgemindert im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf Leistungen gestellt hat bzw. weder Leistungen aus einer Invaliditätsversicherung erhält oder erhielt, noch beantragt hat (z. B. bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung).

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zuletzt versicherten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten der zum Erhöhungszeitpunkt maßgebliche Tarif und im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

31. Optionale Gestaltungsmöglichkeiten

31.1 Einschluss der <<care>>-Option

Wenn Sie den Versicherungsumfang Ihres Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie (gemäß Abschnitt 30) erhöhen, haben Sie das Recht Ihren Versicherungsschutz zu erweitern und die <<care>>-Option (Pflegerenten-Zusatzversicherung mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit in Höhe der versicherten Grundfähigkeitsrente) gegen Mehrbeitrag einzuschließen, sofern Ihre Vertragskonstellation eine solche Erweiterung zulässt. Für die Erweiterung gilt der zuletzt versicherte Beruf und der zum Erweiterungszeitpunkt maßgebliche Tarif. Auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichten wir, sofern der Einschluss der <<care>>-Option zeitgleich mit der Erhöhung des Versicherungsumfangs Ihres Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie beantragt wird.

31.2 Besserstufungsoption

Sie haben das Recht, die Berufseinstufung Ihres Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung in folgenden Situationen prüfen zu lassen:

- Erstmalige Aufnahme einer anerkannten Berufsausbildung (auch duales Studium) durch die Versicherte Person (Schulabschluss an einer Regelschule vorausgesetzt),
- Erstmalige Aufnahme eines Vollzeitstudiums durch die Versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen, freiberuflichen oder nichtselbstständigen Vollzeittätigkeit durch die Versicherte Person nach Abschluss einer anerkannten Ausbildung oder eines anerkannten Studiums,
- Abschluss einer anerkannten beruflichen Weiterbildung (z. B. Fachwirt (Bachelor Professional), Techniker, IHK-geprüfter Betriebswirt (Master Professional), Meister) durch die Versicherte Person.
- Wechsel der Schulform bzw. der Sekundarstufe der Versicherten Person

Der Antrag auf Überprüfung der Berufseinstufung muss uns innerhalb von zwölf Monaten nach Vorliegen eines der o. g. Ereignisse angezeigt werden. Liegt uns der Antrag auf Überprüfung der Berufseinstufung vor, prüfen wir, ob die Einstufung mit Ihrem dann aktuellen Beruf für Sie vorteilhafter ist. Wenn die Einstufung mit Ihrem dann aktuellen Beruf für Sie vorteilhafter ist, erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein mit der neuen Berufseinstufung. Die Höhe der versicherten Grundfähigkeitsrente bleibt dabei unverändert. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für den Nachtrag.

J Verlängerungsgarantie

32 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Vertrag, ohne erneute Gesundheitsprüfung, verlängern?

Sollte die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder den berufsständischen Versorgungswerken erhöht werden, können Sie die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze in der für die Versicherte Person zutreffenden Versorgungseinrichtung erhöht wurde, maximal jedoch um fünf Jahre. Der Antrag auf Verlängerung Ihres Vertrags muss uns gegenüber innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der Anhebung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung in Textform angezeigt werden.
Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Die Verlängerung Ihres Vertrags ist nur unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Die Versicherte Person ist ein anspruchsberechtigtes Mit-glied in einer Versorgungseinrichtung (Deutsche Rentenversicherung oder berufsständisches Versorgungswerk)
- Die Versicherungsdauer Ihres bestehenden Vertrags ist mindestens bis zum Ablauf zur Vollendung des 63. Lebensjahres vereinbart.
- Die Versicherte Person hat bei Beantragung der Verlängerung das 55. Lebensjahr noch nicht voll-endet.
- Ihr Vertrag wird beitragspflichtig geführt.
- Die Versicherte Person erhält oder erhielt bisher keine Leistungen aus Ihrem Vertrag und hat auch keine Leistungen beantragt.
- Bei Antragstellung auf Verlängerung des Vertrages prüfen wir, ob der von der Versicherten Person ausgeübte Beruf und die dann aktuellen Annahmerichtlinien das Ablaufalter zulassen.

Durch die Verlängerung Ihres Vertrags erhöht sich Ihr Beitrag nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, erstellen wir in jedem Fall einen Vorschlag für Sie. Wenn Sie mit diesem einverstanden sind, teilen Sie uns das mit. Wir erstellen dann einen Nachtrag zum Versicherungsschein mit der gewünschten Vertragsverlängerung.

K Kündigung des Vertrags

33 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Beitragszahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauffolgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode mit Ablauf dieser Frist.

Teilweise Kündigung

Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende beitragspflichtige Grundfähigkeitsrente nicht unter 600 Euro pro Jahr sinkt.

Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

34 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Die Kündigung ist mit Nachteilen verbunden.
Bei Kündigung erlischt die Versicherung, es wird kein Rückkaufswert fällig.

Bei einer Grundfähigkeitsversicherung werden die Beiträge im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Beiträge und die

Verwaltung der Versicherung aus den Beiträgen bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung, insbesondere durch den Vermittler und das Einrichten eines Vertrags entstehen ebenfalls Kosten.

Kündigung nach Eintritt des Leistungsfalls
Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Grundfähigkeitsversicherung werden durch Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn der Verlust der Grundfähigkeit bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt oder festgestellt wird. Ein Rückkaufswert wird auch in diesem Fall nicht fällig.

L Erläuterung wichtiger Begriffe

Aachener-Aphasie-Test (AAT)
Der Aachener-Aphasie-Test (AAT) ist ein Verfahren zur Diagnose von Aphasien (erworbene Störungen der Sprache nach abgeschlossenem Spracherwerb) infolge von Hirnschädigungen unterschiedlicher Art. In einem standardisierten Verfahren werden die Leistungen des Nachsprechens, Schreibens, des Lesens, des Benennens und des Sprachverstehens überprüft. Ein weiterer Bestandteil des AAT ist der Token-Test, der zusätzliche Informationen zur Abgrenzung gegenüber nicht-aphasischen Störungen und zur Bewertung des Schweregrads der Aphasie gibt. Bei den einzelnen Untertests werden Punkte vergeben; je weniger Punkte erreicht werden, desto schwerer ist die Aphasie.

Bestandskräftiger Verwaltungsakt
Eine Maßnahme einer Behörde, gegen die kein Rechtsmittel eingelegt werden kann oder ein Rechtsmittel erfolglos geblieben ist. Eine solche Behörde sind Kartellbehörden oder die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bewertungsreserven
Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind. Mehr zu Bewertungsreserven lesen Sie in Kapitel F.

Bezugsberechtigter
Ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.

Deckungskapital
Ist der Wert der Verpflichtungen, die uns durch den Versicherungsvertrag entstehen. Es wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.

Deckungsrückstellung
Ist eine handelsrechtlich zu bildende Rückstellung auf der Passivseite der Bilanz. Sie dient dazu, die künftigen Leistungen sicherzustellen.

Erklärungen
Sind Mitteilungen, die mindestens in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zu Änderung des Begünstigten, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Freiburger Wörtertest
Der Freiburger Wörtertest ist eine audiometrische Methode, bei der das Hörvermögen einer Person untersucht werden kann. Dabei werden der Person einfache Wörter in definierter Lautstärke vorgespielt, die dann von dieser korrekt nachgesprochen werden müssen.

Geltende Richtlinien
Sind unsere Regeln, in denen beispielsweise beschrieben wird, welche Berufe wir zu welchen Konditionen (z. B. Berufsgruppen) versichern. Bestimmte Berufe können gar nicht oder nur bis zu bestimmten Höchstsummen, Mindest- und Höchsteintrittsaltern oder mit Zuschlägen versichert werden. Weiterhin werden dort Summengrenzen für die medizinische und wirtschaftliche Risikoprüfung beschrieben. Die medizinische Risikoprüfung bezeichnen wir auch als Gesundheitsprüfung.

Höchstrichterliche Entscheidung
Ist eine bindende Entscheidung eines obersten Gerichts. Ein solches Gericht kann zum Beispiel der Bundesgerichtshof sein.

ICD-10 F 70
Die leichtgradige Intelligenzminderung gemäß der ICD-10-Codierung entspricht einem IQ von 50 bis 69 (der durchschnittlicher IQ der Menschen liegt bei 85-115). Dieser geringe Grad der Intelligenzminderung führt zu einem beschränkten Interesse und Schwierigkeiten im Aneignen von Kenntnissen sowie beim Handeln und Denken.

Leistungsdauer
Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum ab Versicherungsbeginn bezeichnet und definiert das Ablaufdatum der Leistungsdauer, bis zu dem Leistungen längstens erbracht werden.

Minimal-Mental-Status-Test (MMST)
Der Minimal-Mental-Status-Test ist ein Screening-Instrument zur Erfassung kognitiver Störungen,

u. a. durch eine Demenzerkrankung. Mit Hilfe der Beantwortung von standardisierten Fragen und der Erfüllung leichter Aufgaben werden zentrale kognitive Funktionen (z. B. Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache, Orientierung) überprüft unter der Vergabe von Leistungspunkten für jede erfolgreich erledigte Aufgabe. Der Minimal-Mental-Status-Test sollte durch weiterführende neuropsychologische Tests ergänzt werden.

Natürliche Person
Bezeichnet einen Menschen mit all seinen Rechten und Pflichten.

Rechnungsgrundlagen
Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2025 I GF, SL 2025 RI GF, SL 2025 TI GF und der Sterbetafel der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T) und einem Rechnungszins in Höhe von 1,0 Prozent.

Sicherungsvermögen
Alle unsere Vermögensgegenstände, mit denen wir die Ansprüche unserer Versicherungsnehmer decken.

Textform
Wenn Sie uns oder wir Ihnen Mitteilungen machen, kann dies in unterschiedlicher Form geschehen. Wenn für eine Mitteilung die Textform gefordert ist, bedeutet dies Folgendes: Die Mitteilung kann dann per Brief, E-Mail, in elektronischer Form über unsere Website oder Telefax erfolgen.

Überschussanteilsätze
Dies sind die konkreten Prozentsätze, mit denen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligen. Sie können sich von Jahr zu Jahr oder auch in der Bezugsgröße unterscheiden. Beispiele: 1,0 Prozent des Beitrags oder 1,5 Prozent des Deckungskapitals.

Überschussbeteiligung
An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften. Lesen Sie mehr in Kapitel F.

Überschüsse
Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse. Lesen Sie dazu Kapitel F.

Überschussverwendungs-System
Bezeichnet die Art und Weise, wie die zugeteilten Überschussanteile verwendet werden.

Unverzüglich
Bedeutet „ohne schuldhaftes Zögern“. Umgangssprachlich versteht man damit: so schnell wie möglich.

Unzumutbare Härte
Ist, wenn das Festhalten am Vertrag für eine Partei unbillig oder untragbar ist. Dies kann zum Beispiel in folgendem Fall gegeben sein: Eine unwirksame Bestimmung entfällt und der Vertrag ist dadurch nicht mehr ausgewogen, weil eine Partei einseitig begünstigt wird. Wann eine unzumutbare Härte vorliegt, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls.

Versicherte Person
Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Ein Beispiel: Bei einer Grundfähigkeitsversicherung versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person den Verlust einer Grundfähigkeit erleidet.

Versicherungsdauer
Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Sie bestimmt den Endtermin, bis zu dem ein Versicherungsfall spätestens eintreten muss, damit ein Leistungsanspruch entstehen kann.

Versicherungsjahr
Sind in der Regel volle zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beginnt. Alle Versicherungsjahre eines Vertrags beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Die Versicherung beginnt am 1. April um 00.00 Uhr. Ein Versicherungsjahr läuft dann vom 1. April 00.00 Uhr eines Jahres bis zum 31. März 24.00 Uhr des darauffolgenden Jahres.

Wenn das erste Versicherungsjahr weniger als zwölf Monate beträgt, sprechen wir von einem Rumpfbeginnjahr. In diesen Fall verschiebt sich der Beginn des zweiten Versicherungsjahres und aller folgenden Versicherungsjahre um die Anzahl der Monate des Rumpfbeginnjahres.

Versicherungsnehmer
Ist die Person, die unser Vertragspartner ist. Sie schließt den Vertrag mit uns ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich betreffen den Versicherungsnehmer alle Rechte und Pflichten, die sich aus dem
Vertrag ergeben. Der Versicherungsnehmer kann von der Versicherten Person und dem Begünstigten aus der Versicherung abweichen.

Versicherungsperiode
Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein
Ist eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein zu. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel: über die Beiträge, den Beginn der Versicherung oder die Versicherte Person. Den Versicherungsschein müssen Sie gut aufheben, da dieser erforderlich ist, um Leistungen aus der Versicherung zu erhalten.

Versicherungsvertrag
Ist die rechtliche Grundlage für die Versicherung, die Sie mit uns abschließen.

M Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

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 pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität:
   Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
   Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
   motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung:
   Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit

Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
   Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter 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 Abs. 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 pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der 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 der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 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 Abs. 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 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.