

Allgemeine Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus

(Berufsunfähigkeitsversicherung und optionale Pflegerentenversicherung)

Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Lebensversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

§ 1 Was ist die Barmenia BU PflegePlus?

Leistung

- § 2 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 8 Welche Auskünfte und Nachweise sind erforderlich, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht werden?
- § 9 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen beansprucht werden?
- § 10 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 11 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?
- § 12 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?
- § 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 14 Wer erhält die Leistung?

Beitrag

- § 15 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 16 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 17 Wie können Sie Zahlungsschwierigkeiten überbrücken?

Gestaltungsmöglichkeiten

- § 18 Was gilt, wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart haben?
- § 19 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

Kündigung und Beitragsfreistellung

- § 20 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?
- § 21 Wie können Sie nach einer Beitragsfreistellung die Beitragszahlung wieder aufnehmen

(Wiederinkraftsetzung) und den ursprünglichen Versicherungsschutz wiederherstellen?

Kosten

- § 22 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?
- § 23 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Sonstige Vertragsbestimmungen

- § 24 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 25 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?
- § 26 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 27 Wo ist der Gerichtsstand?

Anhang

Anhang der Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

§ 1 Was ist die Barmenia BU PflegePlus?

(1) Die Barmenia BU PflegePlus ist eine **Berufsunfähigkeitsversicherung** mit einer zusätzlichen lebenslangen Rente bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit. Sofern Sie dies vereinbart haben, enthält die Barmenia BU PflegePlus außerdem eine **Pflegerentenversicherung**. Bei Abschluss des Vertrages hat die Pflegerentenversicherung jedoch noch keine versicherten Leistungen, sondern diese werden im Rahmen der planmäßigen Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung aufgebaut (siehe § 18). Der Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit beginnt erst nach Ablauf einer Aufschubzeit. Diese stimmt mit der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung überein. Der Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit schließt somit unmittelbar an den Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit an. Neben diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten für die Pflegerentenversicherung auch die beigefügten Zusatzbedingungen für die optionale Pflegerentenversicherung in der Barmenia BU PflegePlus.

(2) Sie können die Barmenia BU PflegePlus auch ohne die Pflegerentenversicherung abschließen. In diesem Fall haben Sie aber keinen Versicherungsschutz für eine Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nach Ablauf der Berufsunfähigkeitsversicherung. Dies gilt auch, wenn Sie die Pflegerentenversicherung zwar vereinbart haben, bis zum Ablauf der Aufschubzeit aber keine Erhöhung aus der planmäßigen Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung wirksam zu Stande kommt (vgl. § 18).

(3) Die Pflegerentenversicherung müssen Sie bei Vertragsabschluss vereinbaren. Ein späterer Abschluss ist nicht möglich.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung gemäß § 3 berufsunfähig, erbringen wir folgende Leistungen:

- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für den Vertrag (Leistungsanteil **Beitragsbefreiung**);
- b) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus (Leistungsanteil **Berufsunfähigkeitsrente**).

Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall vereinbart haben, erhöht sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente nach Beginn der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die erste Erhöhung erfolgt ein Jahr nach Beginn der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente. Endet unsere Leistungspflicht, weil eine Berufsunfähigkeit nicht mehr gegeben ist, vermindert sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente wieder auf die ursprüngliche Höhe ohne die während der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit erfolgten Erhöhungen;

- c) Zahlung einer Übergangshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten, wenn diese mitversichert ist. (Leistungsanteil **Übergangshilfe**). Die Übergangshilfe zahlen wir, wenn die versicherte Person erstmalig gemäß § 3 berufsunfähig wird. Die Übergangshilfe zahlen wir ebenfalls im Fall einer erneuten Berufsunfähigkeit gemäß § 3, wenn seit Wegfall der vorherigen Berufsunfähigkeit mindestens drei Jahre vergangen sind.

Sofern die verbleibende Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung mindestens zwölf Monate beträgt, erhalten Sie darüber hinaus auf Wunsch eine Beratung zu Fragen der medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten.

(2) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

- (3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente endet, wenn
- eine Berufsunfähigkeit gemäß § 3 nicht mehr vorliegt,
 - die versicherte Person stirbt oder
 - die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung abläuft.

Unsere Leistung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit

(4) Endet unsere Leistungspflicht, weil eine Berufsunfähigkeit nicht mehr vorliegt, zahlen wir eine **Wiedereingliederungshilfe** in Höhe des Sechsfachen der zuletzt gezahlten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Voraussetzung ist, dass der Zeitraum vom Ende unserer Leistungspflicht bis zum Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung mindestens zwölf Monate beträgt. Tritt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Ende unserer Leistungspflicht erneut eine Berufsunfähigkeit ein, rechnen wir die Wiedereingliederungshilfe auf den dadurch entstehenden Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente an, wenn die Berufsunfähigkeit auf der gleichen Ursache wie die vorherige Berufsunfähigkeit beruht. Eine Wiedereingliederungshilfe können Sie während der Laufzeit des Vertrages gegebenenfalls mehrfach erhalten.

Unsere zusätzliche Leistung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(5) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung gemäß § 3 Abs. 4 bis 7 berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit, zahlen wir eine zusätzliche Pflege-Berufsunfähigkeitsrente. Die Pflege-Berufsunfähigkeitsrente hat die gleiche Höhe wie die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit versicherte Berufsunfähigkeitsrente (d. h. ohne Berücksichtigung einer gegebenenfalls vereinbarten garantierten Rentensteigerung im Leistungsfall, vgl. Absatz 1 Buchstabe b). Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus (Leistungsanteil **Pflege-Berufsunfähigkeitsrente**).

Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall vereinbart haben, erhöht sich die versicherte Pflege-Berufsunfähigkeitsrente nach Beginn der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die erste Erhöhung erfolgt ein Jahr nach Beginn der Zahlung der Pflege-Berufsunfähigkeitsrente. Endet unsere Leistungspflicht, weil eine Pflegebedürftigkeit gemäß § 3 Abs. 5 bis 7 nicht mehr gegeben ist, vermindert sich die versicherte Pflege-Berufsunfähigkeitsrente wieder auf die ursprüngliche Höhe ohne die während der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit erfolgten Erhöhungen.

Der Anspruch auf Zahlung der Pflege-Berufsunfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Er endet, wenn die versicherte Person stirbt oder eine Pflegebedürftigkeit gemäß § 3 Abs. 5 bis 7 nicht mehr vorliegt.

Weltweiter Versicherungsschutz

(6) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation

(7) Der Berechnung der bei Vertragsabschluss versicherten Leistungen liegen vom Geschlecht unabhängige Ausscheidewahrscheinlichkeiten auf Basis

- der Sterbetafel DAV 2008 T und der Wahrscheinlichkeitstafeln GR BL 2017 I, DAV 1997 TI und DAV 1997 RI für die Leistungsanteile Beitragsbefreiung, Berufsunfähigkeitsrente und Übergangshilfe und
- der Sterbetafel DAV 2004 R und der Wahrscheinlichkeitstafel GR BL 2014 P für den Leistungsanteil Pflege-Berufsunfähigkeitsrente sowie ein Rechnungszins von 0,90 % zu Grunde (Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation).

Für die Berechnung der versicherten Leistungen aus Beitragserhöhungen verwenden wir als Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation die zum Termin der Beitragserhöhung für neu abzuschließende Verträge gültigen Rechnungsgrundlagen (Ausscheidetabellen, Rechnungszins).

Weitere Leistungen

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

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außer Stande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben. Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

Ausgeübter Beruf bei Studenten

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit hauptberuflich Student an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung, gilt als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil der Berufe, für die ein Studienabschluss in der zuletzt belegten Fachrichtung in der Regel Voraussetzung ist.

Ausgeübter Beruf bei Hausfrauen und Hausmännern ohne Erwerbstätigkeit

Bei Hausfrauen und Hausmännern ohne Erwerbstätigkeit gilt das zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit von der versicherten Person in ihrem Haushalt konkret ausgeübte Tätigkeitsprofil als ausgeübter Beruf. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass diese Versicherung als Hausfrau bzw. Hausmann ohne Erwerbstätigkeit abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen bestanden hat. Hat die versicherte Person während der Versicherungsdauer eine Erwerbstätigkeit ausgeübt, gilt diese als ausgeübter Beruf.

Berufsunfähigkeit infolge Erwerbsminderung

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn und solange die versicherte Person von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung der Bundesrepublik Deutschland oder einem berufsständischen Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, eine allein aus medizinischen Gründen anerkannte unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung oder vollständiger Berufsunfähigkeit erhält.

Berufsunfähigkeit infolge Infektionsgefahr

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn und solange

- eine Rechtsverordnung oder eine behördliche Anordnung der versicherten Person wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr für andere Personen die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit ganz oder teilweise untersagt oder
- bei Bestehen einer von der versicherten Person ausgehenden Infektionsgefahr für andere Personen über den Hygieneplan eines anerkannten Hygienikers belegt wird, welche beruflichen Tätigkeiten die versicherte Person noch und welche sie nicht mehr ausüben kann,

und die versicherte Person dadurch zu mindestens 50 % außer Stande ist, ihre berufliche Tätigkeit auszuüben und sie auch nicht ausübt. Die Tätigkeitseinschränkung muss sich voraussichtlich über mindestens sechs Monate erstrecken oder sechs Monate ununterbrochen bestanden haben.

Konkrete Verweisung

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die sie auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung). Die Lebensstellung bestimmt sich durch das berufliche Einkommen und die soziale Wertschätzung des Berufes. Die konkret ausgeübte andere Tätigkeit entspricht nicht der bisherigen Lebensstellung, wenn das Einkommen oder die Wertschätzung spürbar unter das Niveau des zuletzt ausgeübten Berufes sinkt. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Minderung des Einkommens um mehr als 20 % des jährlichen Bruttoeinkommens, das im zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübten Beruf erzielt wurde, gilt in jedem Fall als nicht zumutbar.

Zumutbare Umorganisation, Umorganisationshilfe

Bei Selbstständigen und mitarbeitenden Betriebsinhabern liegt außerdem keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person nach zumutbarer Umorganisation der Betriebsstätte weiter beruflich tätig ist oder sein könnte. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, keinen erheblichen

chen Kapitaleinsatz erfordert und sich die Lebensstellung der versicherten Person nicht verschlechtert. Die dabei zumutbare Minderung des Einkommens richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Minderung des Einkommens um mehr als 20 % bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen der letzten drei Jahre aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern gilt in jedem Fall als nicht zumutbar. Führt eine Umorganisation der Betriebsstätte dazu, dass wir von der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit frei werden, beteiligen wir uns auf Antrag an den im Rahmen der Umorganisation angefallenen Kosten bis zu einer Höhe von sechs Monatsrenten (Umorganisationshilfe). Voraussetzung ist, dass der Zeitraum vom Entstehen des Anspruchs auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente bis zum Ablauf der Leistungsdauer bzw., sofern der Anspruch bereits entstanden ist, die verbleibende Leistungsdauer mindestens zwölf Monate beträgt. Wird die versicherte Person innerhalb von zwölf Monaten nach Zahlung der Umorganisationshilfe auf Grund der gleichen medizinischen Ursache, wegen der die Umorganisation vorgenommen wurde, berufsunfähig, wird die von uns erbrachte Umorganisationshilfe auf die dann fälligen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit angerechnet.

(2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außer Stande gewesen, ihren Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben, und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die sie auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Ausscheiden aus dem Erwerbsleben

(3) Scheidet die versicherte Person aus dem Erwerbsleben aus, gilt der zuletzt vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ausgeübte Beruf gemäß Absatz 1 als versichert.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(4) Ist die versicherte Person voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig, gilt dieser Zustand auch dann als Berufsunfähigkeit, wenn die in Absatz 1 und 2 genannten Voraussetzungen nicht gegeben sind. Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(5) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 6 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(6) Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Aufstehen und Positionswechsel
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Krücke oder eines speziellen Griffes nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (z. B. Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. Ä. umsetzen und sich

nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann, Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

- Fortbewegen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und ihr das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten durch eine andere Person möglich ist.
- Waschen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannenlift sich nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die versicherte Person beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.
- An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhhelfer oder Knöpfhilfe sich nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße nur mit Hilfe einer anderen Person bereitgestellte Getränke aufnehmen und bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, gegebenenfalls Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.
- Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie spezieller Griffe oder Toilette mit Duschfunktion nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz der Blase bzw. des Darms, liegt Hilfebedarf vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter, Stomabeutel verwenden kann.

(7) Vorübergehende akute Erkrankungen und vorübergehende Besserungen bleiben unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und gegebenenfalls an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit

(a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen,
- dem Risikoergebnis und
- dem übrigen Ergebnis.

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

Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos und der Kosten benötigt werden. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit stehen daher aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

Risikoergebnis

Weitere Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für die versicherten Risiken (Berufsunfähigkeits- und gegebenenfalls Pflegebedürftigkeitsrisiko) sich günstiger entwickeln als bei der Tarifkalkulation zu Grunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt. Die Entwicklung des versicherten Risikos ist bei Berufsunfähigkeitsversicherungen vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse.

Übriges Ergebnis

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

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

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

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet

werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den anspruchsberechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Einzelheiten des verursachungsorientierten Verfahrens werden im Rahmen der Angaben zur Überschussbeteiligung in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. In einer Berufsunfähigkeitsversicherung entstehen vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit allerdings keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven, da keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden. Während der Dauer der Leistungspflicht beteiligen wir Berufsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherungen mit der laufenden Überschussbeteiligung an den Bewertungsreserven, indem der jeweilige Überschussanteilsatz für die laufende Überschussbeteiligung höher festgelegt wird. Bei der Festlegung des erhöhten Überschussanteilsatzes berücksichtigen wir insbesondere die dann aktuelle Höhe der Bewertungsreserven.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

(a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Risikoversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren.

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppen, die in Ihrem Versicherungsschein genannt sind. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie sich auf unserer Internetseite ansehen.

Laufende Überschussbeteiligung der Berufsunfähigkeitsversicherung, wenn keine Leistungspflicht besteht

(b) Solange keine Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit (Leistungsanteile Beitragsbefreiung, Berufsunfähigkeitsrente und Übergangshilfe) bzw. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (Leistungsanteil Pflege-Berufsunfähigkeitsrente) besteht, erhält Ihre Versicherung einen laufenden Überschussanteil zu Beginn zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode. Der erste laufende Überschussanteil wird zu Versicherungsbeginn fällig. Maßstab für den laufenden Überschussanteil ist der überschussberechtigte Beitrag. Dies ist bei beitragspflichtigen Versicherungen der in der jeweiligen Versicherungsperiode für den jeweiligen Leistungsanteil zu zahlende Beitrag und bei beitragsfreien Versicherungen der in der jeweiligen Versicherungsperiode zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos bestimmte Betrag.

(c) Sofern Sie keine andere Vereinbarung treffen, werden die laufenden Überschussanteile bei beitragspflichtigen Versicherungen von den fälligen Beiträgen abgezogen (**Beitragsminderung**) und bei beitragsfreien Versicherungen verzinslich angesammelt (vgl. Absatz 2 Buchstabe d).

(d) Sie können vereinbaren, dass die laufenden Überschussanteile auch bei beitragspflichtigen Versicherungen verzinslich angesammelt werden (**Verzinsliche Ansammlung**). Das Ansammlungsguthaben wird bei Beendigung der Berufsunfähigkeitsversicherung ausgezahlt.

(e) Die Verwendung der laufenden Überschussanteile können Sie mit Wirkung für die nächste Versicherungsperiode jederzeit ändern.

Laufende Überschussbeteiligung der Berufsunfähigkeitsversicherung während der Dauer der Leistungspflicht

(f) Während der Dauer der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit (Leistungsanteile Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente) bzw. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (Leistungsanteil Pflege-Berufsunfähigkeitsrente) werden die laufenden Überschussanteile monatlich fällig. Der laufende Überschussanteil bemisst sich nach dem mit dem verwendeten Rechnungszins (vgl. § 2 Abs. 7) um einen Monat abgezinsten Deckungskapital des jeweiligen Leistungsanteils zum Monatsende (maßgebendes Deckungskapital).

(g) Die laufenden Überschussanteile des Leistungsanteils Beitragsbefreiung werden verzinslich angesammelt.

(h) Sofern Sie nichts anderes bestimmen, werden die laufenden Überschussanteile eines Versicherungsjahres der Leistungsanteile Berufsunfähigkeitsrente und Pflege-Berufsunfähigkeitsrente bis zum Ende des Versicherungsjahres verzinslich angesammelt und zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres zur Erhöhung der Berufsunfähigkeits- bzw. Pflege-Berufsunfähigkeitsrente verwendet (**Bonusrente**). Eine gegebenenfalls vereinbarte garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall gilt für die Bonusrenten nicht.

(i) Sie können auch vereinbaren, dass die laufenden Überschussanteile der Leistungsanteile Berufsunfähigkeitsrente und Pflege-Berufsunfähigkeitsrente verzinslich angesammelt werden (**Verzinsliche Ansammlung**). Das Ansammlungsguthaben wird bei Beendigung der Berufsunfähigkeitsversicherung ausgezahlt.

(j) Solange keine Leistungspflicht besteht, können Sie die Überschussverwendung der Leistungsanteile Berufsunfähigkeitsrente und Pflege-Berufsunfähigkeitsrente für die Leistungsphase jederzeit ändern. Während der Dauer der Leistungspflicht ist eine Änderung nicht möglich.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

(k) Bei Beendigung Ihres Vertrages wird Ihrem Vertrag der für diesen Zeitpunkt zugeordnete Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zugeteilt und ausgezahlt; derzeit sieht § 153 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Während der Dauer der Leistungspflicht erfolgt die Beteiligung des jeweiligen Leistungsanteils an den Bewertungsreserven im Rahmen der laufenden Überschussbeteiligung (vgl. Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstaben f bis j). Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(3) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (vgl. § 15 Abs. 2 und 3 und § 16).

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

- a) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr sind davon nicht betroffen;
- d) durch Strahlen auf Grund von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen derart gefährden, dass zur Abwehr und Bekämpfung der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde;

- e) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
- absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.
- Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat;
- f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall herbeigeführt haben;
- g) 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 mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist, und dies von einem von uns zu bestellenden unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

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

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

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

können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir gemäß § 19 Abs. 2 Versicherungsvtragsgesetz vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob

fahrlässig verletzt wird, haben wir kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

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

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

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

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufwert gemäß § 20 Abs. 6, vermindert um den Abzug gemäß § 20 Abs. 7. § 20 Abs. 6 Satz 2 bis 4 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir gemäß § 19 Abs. 3 Versicherungsvtragsgesetz den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir verzichten auf dieses Recht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt worden ist.

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

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt sich der Vertrag mit der Kündigung nach Maßgabe von § 20 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil (§ 19 Abs. 4 Versicherungsvtragsgesetz). Wurde die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung.

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

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

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

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

§ 8 Welche Auskünfte und Nachweise sind erforderlich, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht werden?

(1) Werden aus dieser Versicherung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende

Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;
- d) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung der versicherten Person aus ihrer beruflichen Tätigkeit und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
- e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- f) bei Berufsunfähigkeit infolge Infektionsgefahr
 - im Fall eines gesetzlichen oder behördlichen Tätigkeitsverbots die Verfügung der zuständigen Behörde im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie bzw., wenn keine solche Verfügung erlassen wurde, ein fachärztliches Gutachten über die von der versicherten Person ausgehende Infektionsgefahr, die das Tätigkeitsverbot bewirkt, bzw.
 - im Fall, dass kein gesetzliches oder behördliches Tätigkeitsverbot besteht, der Hygieneplan eines anerkannten Hygienikers, aus dem hervorgeht, welche beruflichen Tätigkeiten die versicherte Person noch und welche sie nicht mehr ausüben kann;
- g) eine Aufstellung
 - der Ärzte und anderen Heilbehandler, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

(2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

§ 9 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen beantragt werden?

Auskünfte nach § 25

(1) Wir können verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 25 vorgelegt werden.

Einwilligung in die Erhebung von Gesundheitsdaten

(2) Für die Beurteilung der versicherten Risiken kann es notwendig sein, Informationen bei Stellen abzu-

fragen, die über die Gesundheitsdaten der versicherten Person verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir Angaben über die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person überprüfen müssen, die zur Begründung von Ansprüchen gemacht wurden oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, werden wir von der versicherten Person im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtbindungserklärung für uns sowie die befragten Stellen einholen oder der versicherten Person wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

Pflicht zur Schadenminderung

(3) Die versicherte Person ist verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und damit allen zumutbaren ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwarten lassen. Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten. Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z. B. Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen). Nicht unter die Schadenminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.

Mögliche Folgen einer Pflichtverletzung

(4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebung abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie oder die versicherte Person eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

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

Wir werden jeweils innerhalb von vier Wochen nach Eingang von uns zur Prüfung vorgelegten Unterlagen in Textform erklären,

- ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen oder
- dass wir vom Anspruchserhebenden weitere Unterlagen für die Prüfung benötigen oder
- dass wir weitere Schritte (z. B. Einholung eines Gutachtens) einleiten werden.

Zeitlich befristete Anerkenntnisse unserer Leistungspflicht werden wir nicht aussprechen.

Während der Leistungsprüfung werden wir Sie mindestens alle sechs Wochen über den Bearbeitungsstand informieren.

§ 11 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit gemäß § 3 nachzuprüfen. Dabei können wir auch prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 3 konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen von § 9 Abs. 2 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn sich die Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit mindern oder wegfallen oder eine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen wird bzw. sich ändert. Den Tod der versicherten Person müssen Sie uns ebenfalls unverzüglich mitteilen.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit gemäß § 3 nicht mehr vorliegt und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht im Rahmen der Nachprüfung von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu

verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 14 Wer erhält die Leistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie; sind Sie versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben.

Bezugsberechtigung

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

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

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

Abtretung und Verpfändung

(3) 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.

Anzeige

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

Hinweis zu Überweisungen ins Ausland

(5) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 15 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei beitragspflichtigen Versicherungen entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr bzw. ein Jahr. Bei beitragsfreien Versicherungen ist die Versicherungsperiode ein Monat.

(3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde (SEPA-Lastschriftverfahren), gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(6) Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht müssen Sie während der Beitragszahlungsdauer die Beiträge in voller Höhe weiterentrichten. Bei Anerkennung der Leistungspflicht werden wir die zu viel gezahlten Beiträge zurückzahlen. Auf Antrag stellen wir die Beiträge auch bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos. Wird endgültig festgestellt, dass keine Leistungspflicht besteht, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. In diesem Fall können Sie mit uns auch eine ratierliche Nachzahlung über einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten vereinbaren. Sofern das Deckungskapital Ihrer Versicherung dazu ausreicht, können Sie mit uns auch eine Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Deckungskapital unter Herabsetzung des Versicherungsschutzes vereinbaren. Alternativ ist auch eine Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Guthaben aus der Überschussbeteiligung möglich, sofern ein Guthaben in ausreichender Höhe vorhanden ist.

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

Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - gemäß § 37 Versicherungsvertragsgesetz vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

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

Folgebeitrag

(3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen gemäß § 38 Versicherungsvertragsgesetz auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

(4) 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.

(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

(6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung
- oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

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

§ 17 Wie können Sie Zahlungsschwierigkeiten überbrücken?

Sofern Sie die Beiträge für Ihren Vertrag nicht mehr zahlen können, haben Sie neben einer Kündigung oder Beitragsfreistellung des Vertrages folgende Möglichkeiten:

(1) Aussetzung der Beitragszahlung

Wenn Ihr Vertrag mindestens 24 Monate bestanden hat und bis dahin keine Beitragsrückstände angefallen sind, können Sie mit uns für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten eine Aussetzung der Beitragszahlung vereinbaren. Die Aussetzung der Beitragszahlung müssen Sie in Textform beantragen. Für den Aussetzungszeitraum wird Ihr Vertrag in einen beitragsfreien Vertrag umgewandelt (§ 20). Mit der Wiederaufnahme der Beitragszahlung können Sie verlangen, die versicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder bis zur vor der Aussetzung der Beitragszahlung geltenden Höhe anzuhäufen. In diesem Fall müssen Sie auf die beitragsfreie Zeit entfallende Beiträge nachentrichten oder für die restliche Beitragszahlungsdauer höhere Beiträge zahlen. Nehmen Sie die Beitragszahlung nicht wieder auf, wird Ihr Vertrag als beitragsfreier Vertrag fortgeführt, wenn die verbliebene versicherte Berufsunfähigkeitsrente bzw. nach Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung die gegebenenfalls verbliebene versicherte Pflegerente die jeweilige beitragsfreie Mindestrente erreicht hat. Ansonsten erlischt der Vertrag und Sie erhalten den Rückkaufswert.

(2) Beitragsstundung

Sie können mit uns für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten eine vollständige oder teilweise Stundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes vereinbaren, sofern Ihr Vertrag einen Rückkaufswert oder ein Guthaben aus angesammelten Überschussanteilen in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist. Die Beitragsstundung

müssen Sie in Textform beantragen. Für bis zu sechs Monate erfolgt die Beitragsstundung zinslos, ab dem siebten Monat des Stundungszeitraums erheben wir Stundungszinsen. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zu Beginn der Beitragsstundung gültigen Zinssätzen. Nach Ablauf des vereinbarten Stundungszeitraums sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen. Sie können mit uns aber auch vereinbaren, dass wir die gestundeten Beiträge in die während der restlichen Beitragszahlungsdauer noch zu zahlenden Beiträge einrechnen. Alternativ können Sie mit uns auch eine Herabsetzung des Versicherungsschutzes zum Ausgleich der gestundeten Beiträge vereinbaren. Darüber hinaus ist auch eine Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Guthaben aus der Überschussbeteiligung möglich, sofern ein Guthaben in ausreichender Höhe vorhanden ist.

§ 18 Was gilt, wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart haben?

(1) Die Beiträge für diesen Vertrag erhöhen sich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des bisherigen Beitrags. Jede Beitragserhöhung führt zu einer Erhöhung der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Beiträge erhöhen sich bis zum vereinbarten Termin, der im Versicherungsschein dokumentiert ist.

(2) Solange in Ihrem Vertrag die Pflegerentenversicherung eingeschlossen ist, verwenden wir die Beitragserhöhung je nach Vereinbarung vollständig oder teilweise für den Aufbau der versicherten Leistungen der Pflegerentenversicherung (vgl. § 1). Dieser Aufbau beinhaltet auch eine Beitragsbefreiung der Pflegerentenversicherung bei Berufsunfähigkeit. Bei teilweiser Verwendung für den Aufbau der Pflegerentenversicherung führt der restliche Teil der Beitragserhöhung zur Erhöhung der versicherten Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung. Ist die Pflegerentenversicherung nicht eingeschlossen, verwenden wir die Beitragserhöhung vollständig zur Erhöhung der versicherten Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung.

(3) Die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung und die vollständige oder teilweise Verwendung der Beitragserhöhung für den Aufbau der versicherten Leistungen der Pflegerentenversicherung müssen Sie bei Vertragsabschluss vereinbaren. Ein späterer Einschluss oder eine spätere Änderung sind nicht möglich.

(4) Die Erhöhungen der Beiträge und der Leistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres. Den Beginn des Versicherungsjahres können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin einen Nachtrag über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

(5) Wir berechnen die Erhöhung der Leistungen mit dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den zum Erhöhungstermin für neu abzuschließende Verträge geltenden Rechnungsgrundlagen (Ausscheideordnungen, Rechnungszins) und der bei Vertragsabschluss vorgenommenen Risikoeinschätzung. Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

(6) Alle im Rahmen des Vertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Bestimmung des Bezugsberechtigten, gelten auch für die Erhöhung der Leistungen. Ebenfalls gilt § 22 "Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?" für die Erhöhung der Leistungen.

(7) Die Erhöhung der Leistungen setzt die Fristen im Paragraphen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 7 Abs. 16) nicht erneut in Lauf.

(8) Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(9) Ist die Erhöhung dreimal hintereinander entfallen, erfolgt keine weitere Erhöhung.

(10) Die Beiträge und Leistungen erhöhen sich nicht, solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person entfällt.

Haben Sie mit uns eine Aussetzung der Beitragszahlung (§ 17 Abs. 1) vereinbart, erfolgt während dieses Zeitraums keine Erhöhung. Eine bereits durchgeführte Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie nicht mindestens einen erhöhten Beitrag zahlen. Eine planmäßige Erhöhung, die auf Grund einer Aussetzung der Beitragszahlung nicht durchgeführt wurde, wird in Bezug auf Absatz 9 als entfallene Erhöhung gewertet.

§ 19 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

(1) Sie können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente bei Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherung):

- Heirat der versicherten Person oder Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz durch die versicherte Person;
- Scheidung der versicherten Person oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz durch die versicherte Person;
- Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person;
- Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person;
- Einstufung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person in einen Pflegegrad von mindestens 2 der Pflegepflichtversicherung;
- Aufnahme einer Berufstätigkeit durch die versicherte Person nach erfolgreichem Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums;
- Aufnahme der Berufstätigkeit durch die versicherte Person in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung;
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfordert (verkammerter Beruf), sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;

- Erhöhung des regelmäßigen Einkommens der versicherten Person aus nichtselbstständiger Tätigkeit (regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt) im abgelaufenen Kalenderjahr um mindestens 10 % im Vergleich zum vorherigen Kalenderjahr;
- Erhöhung des erwirtschafteten Gewinns vor Steuern der versicherten Person aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit der letzten drei Kalenderjahre um mindestens 30 % im Vergleich zum erwirtschafteten Gewinn vor Steuern der drei vor diesem Zeitraum liegenden Kalenderjahre;
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch das Jahreseinkommen der versicherten Person aus nichtselbstständiger Tätigkeit des abgelaufenen Kalenderjahres;
- Wegfall eines Anspruchs der versicherten Person auf eine Berufsunfähigkeitsrente aus einer betrieblichen Altersversorgung;
- Kauf einer Immobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000,00 EUR durch die versicherte Person zur Eigennutzung;
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000,00 EUR durch die versicherte Person zur Errichtung einer Immobilie zur Eigennutzung.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Ihr Recht auf Nachversicherung müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses durch Vorlage schriftlicher Nachweise geltend machen.

(2) In den ersten 60 Monaten der Vertragslaufzeit können Sie die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auch ohne besonderen Anlass ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Diese Nachversicherung müssen Sie mit Frist von einem Monat zum Erhöhungstermin beantragen.

(3) Die jeweilige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100,00 EUR monatlich betragen. Jede einzelne Erhöhung ist auf 50 % der anfänglichen Berufsunfähigkeitsrente begrenzt. Einschließlich der Erhöhung darf die gesamte versicherte Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit aller auf das Leben der versicherten Person bei der Barmenia Lebensversicherung a. G. bestehenden Versicherungen 30.000,00 EUR jährlich nicht überschreiten. Außerdem darf die zum Erhöhungszeitpunkt bei unserer Gesellschaft und bei anderen privaten Versicherungsunternehmen insgesamt bereits versicherte Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit zusammen mit der Erhöhung nicht mehr als 60 % des Bruttoeinkommens im abgelaufenen Kalenderjahr bzw. bei Selbstständigen nicht mehr als 60 % des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Kalenderjahre betragen. Die Anzahl aller Erhöhungen ist auf drei beschränkt, wobei nur eine Erhöhung nach Absatz 2 zulässig ist.

(4) Ihr Recht auf Nachversicherung erlischt, wenn

- der Vertrag gekündigt oder beitragsfrei gestellt wurde,
- bereits eine Berufsunfähigkeit eingetreten ist oder Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt wurden.

(5) Die Beiträge der Nachversicherung berechnen wir mit dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszah-

lungsdauer, den jeweils für neu abzuschließende Verträge geltenden Rechnungsgrundlagen (Ausscheidungsordnungen, Rechnungszins) und der bei Vertragsabschluss vorgenommenen Risikoeinschätzung. Die Pflege-Berufsunfähigkeitsrente wird dabei im selben Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente mit erhöht.

§ 20 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

Die Bestimmungen dieses Paragraphen gelten für den Fall, dass Sie Ihren Vertrag während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung kündigen oder beitragsfrei stellen. Die Bestimmungen zur Kündigung oder Beitragsfreistellung der Pflegeerentenversicherung nach Ablauf der Berufsunfähigkeitsversicherung sowie zur Berechnung der beitragsfreien Leistungen der Pflegeerentenversicherung finden Sie in den Zusatzbedingungen für die optionale Pflegeerentenversicherung in der Barmenia BU PflegePlus.

Kündigung

(1) Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, können Sie Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in Textform kündigen. Nach dem Beginn der Zahlung von Renten wegen Berufsunfähigkeit können Sie nicht mehr kündigen.

(2) Mit Ihrer Kündigung wandelt sich Ihr Vertrag in einen beitragsfreien Vertrag mit herabgesetzten Leistungen um, wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens eine Höhe von 100,00 EUR monatlich erreicht. Für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung gelten die Regelungen in Absatz 4 bis 7. Wird die genannte Mindesthöhe von 100,00 EUR nicht erreicht, erlischt der Vertrag. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – den Rückkaufswert nach Absatz 6, vermindert um den Abzug gemäß Absatz 7. Ist der Vertrag bei Kündigung bereits beitragsfrei, wird er unverändert fortgeführt.

(3) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung, die auf bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch die Kündigung nicht berührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) An Stelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie in Textform verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (Beitragsfreistellung). In diesem Fall wandelt sich Ihr Vertrag ganz bzw. teilweise in einen beitragsfreien Vertrag mit herabgesetzten Leistungen um. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der Versicherungsperiode, für die letztmalig ein vollständiger Beitrag gezahlt wurde, unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 6 errechnet. Die Pflege-Berufsunfähigkeitsrente und eine gegebenenfalls mitversicherte Übergangshilfe vermindern sich im selben Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente.

(5) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung, die auf bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch die Beitragsfreistellung nicht berührt.

Rückkaufswert

(6) Der Rückkaufswert der Berufsunfähigkeitsversicherung ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen

der Prämienkalkulation zum Schluss der Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei Versicherungen mit laufenden Beiträgen ist der Rückkaufswert jedoch mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 60 Monate der Vertragslaufzeit ergibt. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als 60 Monate, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmertsätze (siehe § 22 Abs. 2 Satz 4).

Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung

(7) Von dem aus der Berufsunfähigkeitsversicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehenden Betrag oder dem bei Erlöschen der Versicherung fälligen Rückkaufswert nehmen wir einen Abzug vor. Dieser beträgt 0,5 % des Unterschiedsbetrags zwischen dem Deckungskapital, das bei einem zum Kündigungs- bzw. Beitragsfreistellungstermin unterstellten Eintritt der Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit gebildet werden müsste, gegebenenfalls zuzüglich einer mitversicherten Übergangshilfe und dem vorhandenen Deckungskapital. Beziffert wird der Abzug in der Tabelle "Garantierte Rückkaufswerte und beitragsfreie Leistungen".

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird mit dem Abzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen zur Kalkulation des Abzugs finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der auf Grund Ihrer Kündigung bzw. Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Mögliche Nachteile einer Kündigung oder Beitragsfreistellung

(8) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Während der gesamten Vertragslaufzeit stehen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung keine oder gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Mittel für die Bildung beitragsfreier Leistungen oder für einen Rückkaufswert zur Verfügung, da aus den Beiträgen auch die benötigten Risikobeiträge und Kosten Ihres Vertrages (vgl. § 22) finanziert werden und der in Absatz 7 genannte Abzug erfolgt. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und des garantierten Rückkaufswertes können Sie der Tabelle "Garantierte Rückkaufswerte und beitragsfreie Leistungen" entnehmen.

Mindestversicherungsleistung für eine Beitragsfreistellung

(9) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 4 bis 7 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 100,00 EUR monatlich nicht, können Sie Ihren Vertrag beenden und – soweit vorhanden – den Rückkaufswert nach Absatz 6, vermindert um den Abzug gemäß Absatz 7, erhalten oder Ihren Vertrag beitragspflichtig weiterführen. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur

verlangen, wenn die verbleibende versicherte Berufsunfähigkeitsrente mindestens 100,00 EUR monatlich und der verbleibende Beitrag mindestens 120,00 EUR jährlich betragen.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 21 Wie können Sie nach einer Beitragsfreistellung die Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung) und den ursprünglichen Versicherungsschutz wiederherstellen?

Die Bestimmungen dieses Paragraphen gelten für den Fall, dass Sie Ihren Vertrag während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung wieder in Kraft setzen. Die Bestimmungen zur Wiederinkraftsetzung der Pflegeerentenversicherung nach Ablauf der Berufsunfähigkeitsversicherung und zur Wiederherstellung des ursprünglichen Versicherungsschutzes der Pflegeerentenversicherung finden Sie in den Zusatzbedingungen für die optionale Pflegeerentenversicherung in der Barmenia BU PflegePlus.

Wiederinkraftsetzung

(1) Innerhalb von zwölf Monaten nach einer Beitragsfreistellung des Vertrages können Sie verlangen, die Beitragszahlung ganz oder teilweise wieder aufzunehmen und dadurch die versicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen (Wiederinkraftsetzung). Der Beitrag muss mindestens 120,00 EUR jährlich und die versicherte Berufsunfähigkeitsrente mindestens 100,00 EUR monatlich betragen. Voraussetzung für eine Wiederinkraftsetzung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung nicht berufsunfähig im Sinne von § 2 ist.

Wiederherstellung des ursprünglichen Versicherungsschutzes der Berufsunfähigkeitsversicherung

(2) Mit der Wiederinkraftsetzung des Vertrages können Sie auch verlangen, die versicherten Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder bis zur vor der Beitragsfreistellung geltenden Höhe anzuheben. In diesem Fall müssen Sie auf die beitragsfreie Zeit entfallende Beiträge nachentrichten oder für die restliche Beitragszahlungsdauer höhere Beiträge zahlen.

(3) Die Wiederinkraftsetzung der Berufsunfähigkeitsversicherung und die Wiederherstellung des ursprünglichen Versicherungsschutzes erfolgen mit den bisherigen Rechnungsgrundlagen (vgl. § 2 Abs. 7).

§ 22 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die **Verwaltungskosten**.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin

enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

(2) Auf Ihren Vertrag wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und auf Grund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur der Mindestwert gemäß § 20 Abs. 6 Satz 2 bis 4 zur Bildung beitragsfreier Leistungen oder für einen Rückkaufwert vorhanden ist (vgl. § 20). Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Leistungen und Rückkaufwerte können Sie der Tabelle "Garantierte Rückkaufwerte und beitragsfreie Leistungen" entnehmen.

§ 23 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheines
- Fristsetzung in Textform bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Verzug mit Beiträgen
- Rückläufer im SEPA-Lastschriftverfahren
- Erstellung von Angeboten für Vertragsänderungen
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen.

(2) Die Höhe der Pauschalen können Sie der jeweils gültigen Gebührenordnung entnehmen. Die Höhe der Pauschalen kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches) für die Zukunft geändert werden. Die jeweils gültige Gebührenordnung können Sie jederzeit bei uns anfordern.

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

(4) Sofern Steuern und andere öffentliche Abgaben anfallen, die sich unmittelbar aus dem Versicherungsverhältnis begründen, werden wir Ihnen diese belasten.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu

richtende Erklärung (z. B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

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

§ 25 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir auf Grund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

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

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie dem Merkblatt "Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen für die Barmenia BU PflegePlus" entnehmen.

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

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

§ 26 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragssprache ist deutsch.

§ 27 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie

eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Anhang der Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihres Vertrages

Bei Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihres Vertrages werden die in den Versicherungsbedingungen genannten Abzüge erhoben. Bei ihrer Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Ausgleich für Veränderungen der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen oder ihren Versicherungsschutz durch eine Beitragsfreistellung reduzieren als Personen mit einem hohen Risiko, erhöht sich durch eine Kündigung oder Beitragsfreistellung das Risiko in der Risikogemeinschaft. Daher wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass dem verbleibenden Versichertenbestand durch die Kündigung oder Beitragsfreistellung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Zur dauernden Erfüllbarkeit der daraus entstehenden Verpflichtungen sind wir gesetzlich verpflichtet, für jede Versicherung ein ausreichendes Risikokapital (Solvenzmittel) zu bilden. Zu Beginn Ihrer Versicherung können die zur Erfüllung unserer Leistungspflicht erforderlichen Solvenzmittel Ihrer Versicherung nicht allein durch Ihre eingezahlten Beiträge und die mit den Beiträgen erwirtschafteten Erträge abgedeckt werden. Daher werden die Solvenzmittel Ihrer Versicherung zunächst vom Versichertenbestand vorfinanziert. Die Ihrer Versicherung zur Verfügung gestellten Solvenzmittel müssen während der Laufzeit Ihrer Versicherung an den Versichertenbestand zurückgeführt werden. Außerdem muss Ihre Versicherung später selbst Solvenzmittel für Neuabschlüsse zur Verfügung stellen. Bei einer Vertragskündigung oder einer Einstellung der Beitragszahlung wird die Rückführung der Solvenzmittel zu Lasten des verbleibenden Versichertenbestandes beendet. Außerdem werden nicht genügend Solvenzmittel für Neuabschlüsse aufgebaut. Dies muss im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Garantien und Optionen, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Zusatzbedingungen für die optionale Pflegerentenversicherung in der Barmenia BU PflegePlus

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Inhaltsverzeichnis

Geltungsbereich dieser Zusatzbedingungen

§ 1 Wann gelten diese Zusatzbedingungen und wie ist ihr Verhältnis zu den Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus?

Leistung

§ 2 Wann besteht Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit?

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

§ 4 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung der Pflegerentenversicherung?

§ 6 Welche Auskünfte und Nachweise sind erforderlich, wenn Leistungen aus der Pflegerentenversicherung beansprucht werden?

§ 7 Was gilt nach Anerkennung der Pflegebedürftigkeit?

Gestaltungsmöglichkeiten

§ 8 Wann können Sie Ihre Pflegerente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 9 Wann können Sie die Pflegerentenversicherung kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

§ 10 Wie können Sie nach einer Beitragsfreistellung der Pflegerentenversicherung die Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung) und den ursprünglichen Versicherungsschutz wiederherstellen?

Anhänge

Anhang 1 zu § 4 Abs. 6

Einzelpunkte der Module 1 bis 6

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Anhang 2 zu § 4 Abs. 6

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

§ 1 Wann gelten diese Zusatzbedingungen und wie ist ihr Verhältnis zu den Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus?

(1) Diese Zusatzbedingungen gelten für Ihren Vertrag nur dann, wenn Sie im Rahmen der Barmenia BU PflegePlus die Pflegerentenversicherung eingeschlossen haben (siehe § 1 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus).

(2) Diese Zusatzbedingungen ergänzen die Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus. Soweit in diesen Zusatzbedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus auf die Pflegerentenversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 2 Wann besteht Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit?

(1) Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit besteht erst nach Ablauf der Aufschubzeit der Pflegerentenversicherung und nur, wenn die Voraussetzungen für das Zustandekommen des Versicherungsschutzes gemäß Absatz 2 bis 4 erfüllt sind. Während die Aufschubzeit der Zeitraum zwischen dem Beginn der Pflegerentenversicherung und dem Beginn des Versicherungsschutzes für den Fall der Pflegebedürftigkeit ist, wird die Zeit, in der der Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit besteht, Anwartschaftszeit genannt. Den genauen Beginn der Anwartschaftszeit können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Voraussetzungen für das Zustandekommen des Versicherungsschutzes für den Fall der Pflegebedürftigkeit

(2) Voraussetzung für das Zustandekommen des Versicherungsschutzes für den Fall der Pflegebedürftigkeit ist, dass wir während der Aufschubzeit nicht aus der Barmenia BU PflegePlus wegen Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit leistungspflichtig werden (siehe § 2 Abs. 5 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus). Mit Beginn einer Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit erlischt die Pflegerentenversicherung und wir zahlen die für die Pflegerentenversicherung gezahlten Beiträge unverzinst zurück.

(3) Der Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit kommt außerdem nur zu Stande, wenn die bei Ablauf der Aufschubzeit versicherte Pflegerente mindestens 300,00 EUR monatlich beträgt.

Wird dieser Mindestbetrag nicht erreicht, endet die Pflegerentenversicherung mit Ablauf der Aufschubzeit und wir zahlen das Deckungskapital der Pflegerentenversicherung aus.

(4) Weitere Voraussetzung für das Zustandekommen des Versicherungsschutzes für den Fall der Pflegebedürftigkeit ist, dass Sie nicht von Ihrem Kapitalwahlrecht zum Ende der Aufschubzeit gemäß § 3 Abs. 7 Gebrauch machen.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Pflegebedürftigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Anwartschaftszeit (vgl. § 2) voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen gemäß § 4 pflegebedürftig, erbringen wir folgende Leistungen:

- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Barmenia BU PflegePlus, wenn mindestens Pflegegrad 2 vorliegt;
- b) Zahlung der versicherten Pflegerente
 - in voller Höhe bei Pflegegrad 4 oder 5,
 - in Höhe von 60 % bei Pflegegrad 3,
 - in Höhe von 30 % bei Pflegegrad 2.Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Eine in Ihrem Vertrag gegebenenfalls vereinbarte garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall erstreckt sich nicht auf die Pflegerente.

(2) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen gemäß § 4 pflegebedürftig gewesen, obwohl diese Dauer bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht voraussehbar war, erbringen wir die Leistungen gemäß Absatz 1 rückwirkend ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Zahlung der Pflegerente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Zahlung der Pflegerente endet, wenn

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Pflegebedürftigkeit gemäß § 4 nicht mehr vorliegt.

(5) Erhöht oder vermindert sich der Pflegegrad, gilt Absatz 3 für die Anpassung der Pflegerente entsprechend.

Unsere Leistung bei Tod

(6) Stirbt die versicherte Person während der Aufschubzeit, zahlen wir die für die Pflegerentenversi-

cherung gezahlten Beiträge unverzinst zurück. Bei Tod der versicherten Person während der Anwartschaftszeit wird keine Leistung fällig.

Kapitalwahlrecht zum Ende der Aufschubzeit

(7) Sie können verlangen, dass wir zum Ende der Aufschubzeit Ihren Anspruch auf den Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit durch eine einmalige Kapitalzahlung ablösen. Die Kapitalzahlung beträgt 90 % des zum Ende der Aufschubzeit vorhandenen Deckungskapitals der Pflege Rentenversicherung. Ihr Antrag auf Kapitalzahlung muss uns in Textform spätestens sechs Monate vor Ablauf der Aufschubzeit vorliegen. Mit der Kapitalzahlung erlischt die Pflege Rentenversicherung.

Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation

(8) Für die Berechnung der versicherten Leistungen der Pflege Rentenversicherung im Rahmen der planmäßigen Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung verwenden wir als Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation die zum Termin der jeweiligen Beitragserhöhung für neu abzuschließende Verträge gültigen Rechnungsgrundlagen (Ausscheideordnungen, Rechnungszins).

Weitere Leistungen

(9) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 5).

§ 4 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn für die versicherte Person mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- a) Pflegebedürftigkeit auf Grundlage von Verrichtungen des täglichen Lebens und kognitiven Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags (Absätze 2 bis 4),
- b) Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 2 in Anlehnung an §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI in der Fassung vom 21.12.2015 (Absätze 5 bis 7).

Die Kriterien für die Festsetzung des Pflegegrades sind abhängig von der Art der Pflegebedürftigkeit. Für unsere Leistungspflicht wird der nach Prüfung beider Arten der Pflegebedürftigkeit höhere festgestellte Pflegegrad zu Grunde gelegt.

Pflegebedürftigkeit auf Grundlage von Verrichtungen des täglichen Lebens und kognitiven Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags

(2) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie in mindestens vier der in Absatz 3 genannten neun Bereichen aus den Verrichtungen des täglichen Lebens und kognitiven Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

(3) Die versicherte Person benötigt Hilfe in den Bereichen

1. Aufstehen und Positionswechsel
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Krücke oder eines speziellen Griffes nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (z. B. Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl,

Toilettenstuhl, Sessel o. Ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

2. Fortbewegen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und ihr das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten durch eine andere Person möglich ist.
3. Waschen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannelift sich nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die versicherte Person beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannensbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.
4. An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhlöflöffel oder Knöpfhilfe sich nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.
5. Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße nur mit Hilfe einer anderen Person bereitgestellte Getränke aufnehmen und bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, gegebenenfalls Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.
6. Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie spezieller Griffe oder Toilette mit Duschfunktion nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz der Blase bzw. des Darms, liegt Hilfebedarf vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter, Stomabeutel verwenden kann.
7. Kommunizieren
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt
 - die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen oder
 - die versicherte Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse und
 - die versicherte Person antwortet auf Ansprache oder Fragen lediglich mit wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab und
 - die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Um-

feldes und benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, z. B. bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon halten bzw. bedienen, Brief- oder Mailkontakt).

8. Denkvermögen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist, das heißt
 - die versicherte Person benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern oder Auffordern
 - beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst und
 - beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitätenoder
 - die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,
 - Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern und
 - sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurecht zu finden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen und
 - sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) zu erkennen und
 - einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen zu verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.
 9. Umgang mit Emotionen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich
 - Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von
 - motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt oder
 - verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (z. B. bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
 - unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet, das heißt, sie fühlt sich verfolgt, bedroht oder bestohlen und hat starke Ängste oder Sorgen oder
 - antriebslos und schwer depressiv ist, das heißt, sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig oder apathisch.
- (4) Der Pflegegrad wird nach der Anzahl der Bereiche bei der die versicherte Person Hilfe bedarf, festgelegt:
- Pflegegrad 2 bei 4 bis 6 Bereichen,
 - Pflegegrad 3 bei 7 bis 8 Bereichen,
 - Pflegegrad 4 bei 9 Bereichen.

Vorübergehende akute Erkrankungen und vorübergehende Besserungen bleiben unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

Pflegebedürftigkeit in Anlehnung an §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI in der Fassung vom 21.12.2015

(5) 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 darf die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person 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;
5. **Bewältigung von und selbstständiger 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 gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

(6) Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) der versicherten Person richtet sich nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in Absatz 4 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anhang 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anhang 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anhang 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

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

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anhang 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 selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anhang 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

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

Folgen einer Änderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit

(7) Bei Änderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit oder der Einteilung in verschiedene Pflegegrade bleiben die Definitionen der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung in verschiedene Pflegegrade gemäß Absatz 5 und 6 in Verbindung mit den Anhängen 1 und 2 bestehen.

§ 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung der Pflegerentenversicherung?

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit

Die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit sind in den Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus dargestellt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung

(a) Die Pflegerentenversicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist.

Laufende Überschussbeteiligung, wenn keine Leistungspflicht besteht

(b) Solange keine Leistungspflicht aus der Pflegerentenversicherung besteht, werden die laufenden Überschussanteile in jedem Monat fällig. Der laufende Überschussanteil besteht aus einem Zinsüberschussanteil. Bei Versicherungen mit laufenden Beiträgen enthält der laufende Überschussanteil in jedem Monat, in dem eine Versicherungsperiode beginnt, außerdem einen Zusatzüberschussanteil. Der Zinsüberschussanteil bemisst sich nach dem dem verwendeten Rechnungszins (vgl. § 1 Abs. 7) um einen Monat abgezinsten Deckungskapital zum Monatsende (maßgebendes Deckungskapital). Der Zusatzüberschussanteil bemisst sich nach dem überschussberechtigten Beitrag. Dies ist der in der Versicherungsperiode der Fälligkeit des Zusatzüberschussanteils für die Pflegerentenversicherung zu zahlende laufende Beitrag.

(c) Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt (**Verzinsliche Ansammlung**). Das Ansammlungsguthaben wird bei Beendigung des Vertrages ausgezahlt.

Sofortbonus

(d) Mit Eintritt der Leistungspflicht wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person zahlen wir eine zusätzliche Pflegerente (Sofortbonus). Der Sofortbonus wird als Prozentsatz der versicherten Pflegerente festgelegt und wie die versicherte Pflegerente

- in voller Höhe bei Pflegegrad 4 oder 5,
- in Höhe von 60 % bei Pflegegrad 3 und
- in Höhe von 30 % bei Pflegegrad 2

gezahlt. § 3 Abs. 3 bis 5 gelten für den Sofortbonus entsprechend. Bei einer Senkung des Überschussanteilsatzes für den Sofortbonus können Sie Ihren Versicherungsschutz gegen eine entsprechende Beitragserhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder bis zur bisherigen Höhe aufstocken.

Laufende Überschussbeteiligung während der Dauer der Leistungspflicht

(e) Während der Dauer der Leistungspflicht werden die laufenden Überschussanteile monatlich fällig. Der laufende Überschussanteil bemisst sich nach dem mit dem verwendeten Rechnungszins (vgl. § 3 Abs. 8) um einen Monat abgezinsten Deckungskapital zum Monatsende (maßgebendes Deckungskapital).

(f) Sofern Sie nichts anderes bestimmen, werden die laufenden Überschussanteile eines Versicherungsjahres bis zum Ende des Versicherungsjahres verzinslich angesammelt und zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres zur Erhöhung der Pflegerente verwendet (**Bonusrente**).

(g) Sie können aber vereinbaren, dass die laufenden Überschussanteile verzinslich angesammelt werden (**Verzinsliche Ansammlung**). Das Ansammlungsguthaben wird bei Beendigung des Vertrages ausgezahlt.

(h) Solange keine Leistungspflicht besteht, können Sie die Überschussverwendung für die Leistungsphase jederzeit ändern. Während der Dauer der Leistungspflicht ist eine Änderung nicht möglich.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

(i) Bei Beendigung Ihres Vertrages wird Ihrem Vertrag der für diesen Zeitpunkt zugeordnete Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zugeteilt und ausgezahlt; derzeit sieht § 153 Abs. 3 Versiche-

rungsvertragsgesetz eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Während der Dauer der Leistungspflicht erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven im Rahmen der laufenden Überschussbeteiligung (vgl. Absatz 2 Buchstaben e bis h). Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

§ 6 Welche Auskünfte und Nachweise sind erforderlich, wenn Leistungen aus der Pflegerentenversicherung beansprucht werden?

Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

(1) Werden Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- d) eine Aufstellung
 - der Ärzte und anderen Heilbehandler, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

(2) Eine Entscheidung eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung bewirkt nur dann einen Leistungsanspruch, wenn die Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in den Pflegegrad auf Grundlage der in § 4 Abs. 5 und 6 in Verbindung mit den Anhängen 1 und 2 genannten Definitionen der Pflegebedürftigkeit in Anlehnung an §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI in der Fassung vom 21.12.2015 erfolgt sind. Bei davon abweichenden gesetzlichen Definitionen der Pflegebedürftigkeit (§§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch XI) bewirkt allein der Bescheid eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung keinen Leistungsanspruch.

(3) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person nicht in der Bundesrepublik Deutschland auf, übernehmen wir die Reise- und Unterbringungskosten, wenn sie vorher mit uns abgestimmt werden und angemessen sind.

Leistung bei Tod

(4) Wird eine Leistung bei Tod der versicherten Person beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort und eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der

Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben.

§ 7 Was gilt nach Anerkennung der Pflegebedürftigkeit?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen und den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen von § 9 Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn sich die Pflegebedürftigkeit mindert. Den Tod der versicherten Person müssen Sie uns ebenfalls unverzüglich mitteilen.

Herabsetzung oder Einstellung der Leistungen

(4) Wir setzen unsere Leistungen herab, wenn wir feststellen, dass sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit auf einen niedrigeren Pflegegrad verringert hat. Wir stellen unsere Leistungen ein, wenn wir feststellen, dass eine Pflegebedürftigkeit gemäß § 4 nicht mehr vorliegt. In beiden Fällen legen wir Ihnen die Veränderung der Pflegebedürftigkeit in Textform dar. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen herabsetzen bzw. einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie gegebenenfalls auch die Beiträge wieder zahlen.

§ 8 Wann können Sie Ihre Pflegerente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

Allgemeine Nachversicherungsgarantie

(1) Sofern eine Pflegerente von mehr als null Euro versichert ist, können Sie die versicherte Pflegerente bei Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherung):

- Heirat der versicherten Person oder Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz durch die versicherte Person;
- Scheidung der versicherten Person oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz durch die versicherte Person;
- Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person;
- Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person;
- Einstufung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person in einen Pflegegrad von mindestens 2 der Pflegepflichtversicherung;
- Aufnahme einer Berufstätigkeit durch die versicherte Person nach erfolgreichem Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums;
- Aufnahme der Berufstätigkeit durch die versicherte Person in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung;

- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfordert (verkammerter Beruf), sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;
- Erhöhung des regelmäßigen Einkommens der versicherten Person aus nichtselbstständiger Tätigkeit (regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt) im abgelaufenen Kalenderjahr um mindestens 10 % im Vergleich zum vorherigen Kalenderjahr;
- Erhöhung des erwirtschafteten Gewinns vor Steuern der versicherten Person aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit der letzten drei Kalenderjahre um mindestens 30 % im Vergleich zum erwirtschafteten Gewinn vor Steuern der drei vor diesem Zeitraum liegenden Kalenderjahre;
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch das Jahreseinkommen der versicherten Person aus nichtselbstständiger Tätigkeit des abgelaufenen Kalenderjahres;
- Wegfall eines Anspruchs der versicherten Person auf eine Berufsunfähigkeitsrente aus einer betrieblichen Altersversorgung;
- Kauf einer Immobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000,00 EUR durch die versicherte Person zur Eigennutzung;
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000,00 EUR durch die versicherte Person zur Errichtung einer Immobilie zur Eigennutzung.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Ihr Recht auf Nachversicherung müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses durch Vorlage schriftlicher Nachweise geltend machen.

(2) Sofern eine Pflegerente von mehr als null Euro versichert ist, können Sie in den ersten 60 Monaten der Vertragslaufzeit die versicherte Pflegerente auch ohne besonderen Anlass ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Diese Nachversicherung müssen Sie mit Frist von einem Monat zum Erhöhungstermin beantragen.

(3) Jede einzelne Erhöhung ist auf 50 % der bisher versicherten Pflegerente begrenzt. Einschließlich der Erhöhung darf die gesamte versicherte Rente für den Fall der Pflegebedürftigkeit aller auf das Leben der versicherten Person bei der Barmenia Lebensversicherung a. G. bestehenden Versicherungen 30.000,00 EUR jährlich nicht überschreiten. Die Anzahl aller Erhöhungen ist auf drei beschränkt, wobei nur eine Erhöhung nach Absatz 2 zulässig ist.

(4) Ihr Recht auf Nachversicherung erlischt, wenn

- der Vertrag gekündigt oder beitragsfrei gestellt wurde,
- die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist oder für die versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt wurden,
- die versicherte Person schwerbehindert ist oder ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt wurde.

Ihr Recht auf Nachversicherung ruht, wenn und solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person entfällt.

Besondere Nachversicherungsgarantie bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person

(5) Wenn wir in den ersten zehn Jahren der Versicherungsdauer aus der Barmenia BU PflegePlus wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person leistungspflichtig geworden sind, können Sie die versicherte Pflegerente zu Beginn der Anwartschaftszeit einmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherung). Die Nachversicherung müssen Sie spätestens einen Monat vor Beginn der Anwartschaftszeit beantragen.

(6) Sie können die Pflegerente maximal bis zur Höhe der bei Vertragsabschluss vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente erhöhen. Einschließlich der Erhöhung darf die gesamte versicherte Rente für den Fall der Pflegebedürftigkeit aller auf das Leben der versicherten Person bei der Barmenia Lebensversicherung a. G. bestehenden Versicherungen jedoch 30.000,00 EUR jährlich nicht überschreiten.

(7) Voraussetzung für die Nachversicherung ist, dass

- die Voraussetzungen für das Zustandekommen des Versicherungsschutzes für den Fall der Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 Abs. 2 bis 4 erfüllt sind und
- der Vertrag weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt wurde.

Berechnung der Nachversicherung

(8) Die Beiträge der Nachversicherung berechnen wir mit dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den jeweils für neu abzuschließende Verträge geltenden Rechnungsgrundlagen (Ausscheideordnungen, Rechnungszins) und der bei Vertragsabschluss vorgenommenen Risikoeinschätzung.

§ 9 Wann können Sie die Pflegerentenversicherung kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

Kündigung oder Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung während der Aufschubzeit

(1) Während der Aufschubzeit können Sie Ihren Vertrag nur insgesamt kündigen oder in einen beitragsfreien Vertrag umwandeln. Wenn Sie die Berufsunfähigkeitsversicherung kündigen oder in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, erstreckt sich Ihre Kündigung bzw. Ihr Verlangen der Beitragsfreistellung auch auf die Pflegerentenversicherung.

Auswirkungen einer Kündigung oder Beitragsfreistellung während der Aufschubzeit

(2) Wandelt sich die Berufsunfähigkeitsversicherung in eine beitragsfreie Versicherung um, gilt dies auch für die Pflegerentenversicherung; für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen gelten die Regelungen in Absatz 5 bis 7. Ist die Pflegerentenversicherung bei Kündigung bereits beitragsfrei, wird sie unverändert fortgeführt. Ansonsten erhalten Sie den Rückkaufwert nach Absatz 6, vermindert um den Abzug gemäß Absatz 7.

Kündigung während der Anwartschaftszeit

(3) Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, können Sie die Pflegerentenversicherung während der Anwart-

schaftszeit jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in Textform kündigen. Nach dem Beginn der Zahlung von Renten wegen Pflegebedürftigkeit können Sie nicht mehr kündigen.

(4) Mit Ihrer Kündigung wandelt sich die Pflegerentenversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzten Leistungen um, wenn die beitragsfreie Pflegerente mindestens eine Höhe von 300,00 EUR monatlich erreicht. Für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen gelten die Regelungen in Absatz 5 bis 7. Wird die genannte Mindesthöhe von 300,00 EUR nicht erreicht, erlischt die Versicherung. In diesem Fall erhalten Sie den Rückkaufwert nach Absatz 6, vermindert um den Abzug gemäß Absatz 7. Ist die Versicherung bei Kündigung bereits beitragsfrei, wird sie unverändert fortgeführt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung während der Anwartschaftszeit

(5) An Stelle einer Kündigung nach Absatz 3 können Sie in Textform verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (Beitragsfreistellung). In diesem Fall wandelt sich die Pflegerentenversicherung ganz bzw. teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzten Leistungen um. Die beitragsfreie Pflegerente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der Versicherungsperiode, für die letztmalig ein vollständiger Beitrag gezahlt wurde, unter Zugrundelegung des Rückkaufwertes nach Absatz 6 errechnet.

Rückkaufwert

(6) Der Rückkaufwert der Pflegerentenversicherung ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei Versicherungen mit laufenden Beiträgen ist der Rückkaufwert jedoch mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 60 Monate der Vertragslaufzeit ergibt. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als 60 Monate, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 22 Abs. 2 Satz 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus).

Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung

(7) Von dem aus der Pflegerentenversicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehenden Betrag oder dem bei Erlöschen der Versicherung fälligen Rückkaufwert nehmen wir einen Abzug vor. Dieser beträgt 2,5 % des Deckungskapitals bei einer Kündigung oder Beitragsfreistellung während der Aufschubzeit und 5 % des Deckungskapitals bei einer Kündigung oder Beitragsfreistellung während der Anwartschaftszeit. Beziffert wird der Abzug in der Tabelle "Garantierte Rückkaufwerte und beitragsfreie Leistungen".

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird mit dem Abzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen zur Kalkulation des Abzugs finden Sie im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Barmenia BU PflegePlus. Wenn Sie uns nachweisen, dass der auf Grund Ihrer

Kündigung bzw. Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Mögliche Nachteile einer Kündigung oder Beitragsfreistellung

(8) Wenn Sie die Pflegearentenversicherung kündigen oder beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 22 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia BU PflegePlus) nur der Mindestwert gemäß Absatz 6 Satz 2 bis 4 zur Bildung beitragsfreier Leistungen oder für einen Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der gezahlten Beiträge für die Bildung beitragsfreier Leistungen oder für einen Rückkaufswert zur Verfügung. Außerdem wird bei einer Beitragsfreistellung der in Absatz 7 genannte Abzug vorgenommen. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Pflegerente und des garantierten Rückkaufswertes können Sie der Tabelle "Garantierte Rückkaufswerte und beitragsfreie Leistungen" entnehmen.

Mindestversicherungsleistung für eine Beitragsfreistellung während der Anwartschaftszeit

(9) Haben Sie während der Anwartschaftszeit die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 5 bis 7 zu berechnende beitragsfreie Pflegerente den Mindestbetrag von 300,00 EUR monatlich nicht, können Sie die Versicherung beenden und – soweit vorhanden – den Rückkaufswert nach Absatz 6, vermindert um den Abzug gemäß Absatz 7 erhalten oder die Versicherung beitragspflichtig weiterführen. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende versicherte Pflegerente mindestens 300,00 EUR monatlich und der verbleibende Beitrag mindestens 120,00 EUR jährlich betragen.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 10 Wie können Sie nach einer Beitragsfreistellung der Pflegearentenversicherung die Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung) und den ursprünglichen Versicherungsschutz wiederherstellen?

Wiederinkraftsetzung während der Aufschubzeit

(1) Während der Aufschubzeit können Sie die Beitragszahlung für Ihren Vertrag nur insgesamt wieder aufnehmen. Nehmen Sie die Beitragszahlung nicht in der ursprünglichen Höhe wieder auf, teilen wir Ihren neuen Beitrag im gleichen Verhältnis auf die Berufsunfähigkeitsversicherung und die Pflegearentenversicherung auf, wie es zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung des Vertrages bestanden hat.

Wiederinkraftsetzung während der Anwartschaftszeit

(2) Innerhalb von zwölf Monaten nach einer Beitragsfreistellung der Pflegearentenversicherung können Sie verlangen, die Beitragszahlung ganz oder teilweise wieder aufzunehmen und dadurch die versicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen (Wiederinkraftsetzung). Der Beitrag muss mindestens 120,00 EUR jährlich und die versicherte Pflegerente mindestens 300,00 EUR monatlich betragen. Voraussetzung für eine Wie-

derinkraftsetzung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung nicht pflegebedürftig ist für die versicherte Person noch keine Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt wurden.

Wiederherstellung des ursprünglichen Versicherungsschutzes

(3) Mit der Wiederinkraftsetzung der Versicherung können Sie auch verlangen, die versicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder bis zur vor der Beitragsfreistellung geltenden Höhe anzuheben. In diesem Fall müssen Sie auf die beitragsfreie Zeit entfallende Beiträge nachentrichten oder für die restliche Beitragszahlungsdauer höhere Beiträge zahlen.

(4) Die Wiederinkraftsetzung der Pflegearentenversicherung und die Wiederherstellung des ursprünglichen Versicherungsschutzes erfolgen mit den bisherigen Rechnungsgrundlagen (vgl. § 3 Abs. 8).

Anhang 1 zu § 4 Abs. 6
Einzelpunkte der Module 1 bis 6
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5

3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbstständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit 2 Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.15 wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.15 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anhang 2 zu § 4 Abs. 6

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6