

Versicherungsbedingungen

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung eingeschränkt oder ausgeschlossen ist. Daneben werden besondere Pflichten und Obliegenheiten beschrieben, die Sie beachten müssen. Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie auch in Teil B.

KörperSchutzPolice E230 (FID)

	Seite
1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2. Leistung aus der Überschussbeteiligung	6
3. Leistungsempfänger und Überweisung der Leistung.....	10
4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	11
5. Ihre besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	11
6. Erklärung über unsere Leistungspflicht	12
7. Kosten Ihres Vertrags.....	13
8. Beitragsfreistellung	13
9. Kündigung.....	15
10. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten	15
11. Abänderungen zur KörperSchutzPolice E230 (FID)	19

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Hier finden Sie wesentliche bausteinübergreifende Pflichten und Obliegenheiten. Weitere Pflichten und Obliegenheiten finden Sie in Teil A. Die Regelungen in Teil B gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

	Seite
1. Vorvertragliche Anzeigepflicht.....	21
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung.....	21
3. Weitere Mitwirkungspflichten.....	22
4. Abänderungen zum Teil B.....	23

Teil C - Allgemeine Regelungen

Die Regelungen in Teil C gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

	Seite
1. Beginn des Versicherungsschutzes	24
2. Versicherungsschein	24
3. Deutsches Recht	24
4. Adressaten für Beschwerden	24
5. Zuständiges Gericht	24
6. Verjährung	25
7. Informationen während der Vertragslaufzeit	25
8. Abänderungen zum Teil C.....	25

Erläuterung von Fachausdrücken

Am Ende unserer Versicherungsbedingungen finden Sie Definitionen zu den wichtigsten im Text verwendeten Fachausdrücken. Im Text haben wir diese Fachausdrücke mit einem "→" markiert. Beispiel: →**Versicherungsnehmer**.

	Seite
Erläuterung von Fachausdrücken	26

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung eingeschränkt oder ausgeschlossen ist. Daneben werden besondere Pflichten und Obliegenheiten beschrieben, die Sie beachten müssen. Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie auch in Teil B.

KörperSchutzPolice E230 (FID)

Hier finden Sie die Regelungen Ihrer KörperSchutzPolice.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
- 1.2 Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
- 1.3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
- 1.4 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
- 1.5 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn bei der →**versicherten Person** während der Versicherungsdauer der KörperSchutzPolice eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 eintritt, erbringen wir die vereinbarten Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die KörperSchutzPolice.
- Wir zahlen die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die erste Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am 1. →**Bankarbeitstag** nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Die genannten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erbringen wir, solange

- die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 besteht und
- die →**versicherte Person** lebt, längstens jedoch bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.

Wenn mehrere Beeinträchtigungen nach Ziffer 1.2 vorliegen, erbringen wir die vereinbarten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nur einmal.

(2) Anspruch auf Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

a) Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente

Die Ansprüche auf Beitragsbefreiung und Rente entstehen mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 eingetreten ist.

b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht

Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,

- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zuviel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
- können Sie beantragen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf 24 Monate verteilt werden oder durch Herabsetzung der versicherten Leistung ausgeglichen werden.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

1.2 Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

(1) Beeinträchtigung von körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts

Wenn bei der →**versicherten Person**

- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
 - die fachärztlich nachzuweisen sind,
 - voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen eine Beeinträchtigung einer der nachstehenden körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts vorliegen wird oder bereits 6 Monate ununterbrochen vorlag,
- so liegt von Beginn an eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor.

Die Beeinträchtigung der körperlichen Aktivitäten oder der Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts darf nicht durch die in Ziffer 5.2 genannten Hilfsmittel behebbar sein und muss im nachfolgend beschriebenen Umfang vorliegen.

Die Beeinträchtigung einer der beschriebenen körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

Bei den einzelnen Aktivitäten oder Fähigkeiten muss die →**versicherte Person** in folgendem Umfang beeinträchtigt sein:

a) Körperliche Aktivitäten

Gebrauch der Beine

Die →**versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage,

- eine Strecke von 400 Metern auf ebenem, festem Boden selbstständig und ohne Unterbrechung zurückzulegen oder
- 12 Treppenstufen üblicher Stufenhöhe von etwa 20 Zentimetern ohne eine Pause von mehr als 1 Minute aus eigener Kraft, ohne sich an einem Treppengeländer festhalten zu müssen, hinauf- und hinabzusteigen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Gebrauch eines Arms

Die →**versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage, den linken oder den rechten Arm bis auf Schulterhöhe zu heben und dort 10 Sekunden zu halten, um zum Beispiel ein Glas in ein Regal zu stellen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Gebrauch einer Hand

Die →**versicherte Person** ist mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage, eine Flasche mit Schraubverschluss zu öffnen oder einen Schraubenzieher oder eine Rohrzange oder eine Schere bestimmungsgemäß zu benutzen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Fingerfertigkeit

Die →**versicherte Person** kann weder mit ihrer rechten noch mit ihrer linken Hand eine Schraube mit einem Regelgewinde und 8 Millimeter Durchmesser in eine passende Mutter schrauben, so dass sie sitzt, oder einen unbeschädigten Reißverschluss einer Jacke bestimmungsgemäß benutzen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Knien oder Bücken

Die →**versicherte Person**

- kann sich nicht mehr soweit auf den Boden knien, dass sie mit beiden Knien den Boden berührt, und sich danach wieder aufrichten, oder
- sie kann sich auch mit gebeugten Knien nicht so bücken, dass sie einen leichten Gegenstand (zum Beispiel einen Bleistift) vom Boden aufheben und sich danach wieder aufrichten kann.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Autofahren oder Motorradfahren

Die →**versicherte Person** ist zum Führen eines Personenkraftwagens der Klasse B (bzw. Klasse 3) oder eines Motorrads der Klassen A (A, A1, AM bzw. Klasse 1) oder einer Zugmaschine der Landwirtschaft der Klassen T oder L außerstande. Der Führerschein muss nachweislich aus gesundheitlichen Gründen freiwillig zurückgegeben, entzogen oder nicht erteilt worden sein. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Alle Fälle, in denen der Führerschein der →**versicherten Person** aufgrund von Alkohol- oder Drogenmissbrauch entzogen wird oder die versicherte Person auf der Basis einer psychiatrischen Erkrankung (Diagnose beginnend mit "F" nach →**ICD-10**, Stand 11.11.2020) zum Führen eines Personenkraftwagens außerstande ist, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Nutzung des öffentlichen Personennah- oder -fernverkehrs

Die →**versicherte Person** kann den öffentlichen Personennah- oder -fernverkehr nicht mehr nutzen. Das heißt, sie kann

- auch unter Nutzung von Einstiegshilfen des jeweiligen Verkehrsmittels nicht mehr in ein Verkehrsmittel des öffentlichen Personennah- oder -fernverkehrs ein- oder aussteigen oder
- 20 Minuten darin während des Fahrbetriebs sitzen oder
- sie kann den öffentlichen Personennah- oder -fernverkehr aufgrund einer Demenzerkrankung nicht mehr nutzen und es wurde ein Schweregrad von mindestens 5 nach der Reisbergskala (GDS) diagnostiziert.

Beschwerden, die zu motorischen Einschränkungen in der Nutzung des öffentlichen Personennah- oder -fernverkehrs führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Beschwerden, die zu psychischen Einschränkungen in der Nutzung des öffentlichen Personennah- oder -fernverkehrs führen (ausgenommen Demenzerkrankung), gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Heben und Tragen

Die →**versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage,

- mit beiden Händen einen Gegenstand von 5 Kilogramm (zum Beispiel einen Werkzeugkoffer oder einen Farbeimer) oder
- mit der rechten oder der linken Hand einen Gegenstand von 2 Kilogramm (zum Beispiel einen Aktenkoffer)

in Hüfthöhe von einem Tisch anzuheben und 5 Meter weit über einen ebenen, festen Boden zu tragen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Ziehen oder Schieben

Die Fähigkeit der →**versicherten Person**, zu ziehen und zu schieben, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie

- nicht mehr in der Lage ist, eine 85 Kilogramm schwere Person in einem manuellen Rollstuhl 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden zu schieben, oder
- nicht mehr in der Lage ist, ein Gewicht von 85 Kilogramm in einem manuellen Standard-Handwagen oder Standard-Handhubwagen 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden zu ziehen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Sitzen

Die →**versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage, 20 Minuten lang ununterbrochen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Stehen

Die →**versicherte Person** ist auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage, 10 Minuten lang ununterbrochen selbstständig zu stehen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Greifen und Halten

Die →**versicherte Person** ist mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand (zum Beispiel ein Glas, einen Kochlöffel oder einen Pinsel) zu greifen und 5 Minuten lang ununterbrochen zu halten.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Schreiben

Die →**versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage, mit der dominanten Schreibhand mit einem Schreibstift mindestens 5 Wörter in Druckbuchstaben leserlich zu schreiben.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Bedienung von Tastatur oder Touchscreen

Die →**versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage, mit einem Finger der dominanten Schreibhand auf einer Tastatur oder einem Touchscreen mindestens fünf Wörter mit mindestens fünf Buchstaben innerhalb von fünf Minuten zu tippen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

b) Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts

Sehen

Die Sehfähigkeit der →**versicherten Person** ist so stark eingeschränkt, dass bezogen auf das bessere und vollständig korrigierte Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 3/60 bzw. 0,05 oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum, also ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad, besteht.

Sprechen

Die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der →**versicherten Person** ist nach abgeschlossenem Spracherwerb so weit eingeschränkt, dass die versicherte Person von Außenstehenden nicht mehr verstanden wird, weil sie keine verständlichen Worte mehr formen kann.

Diese Beeinträchtigung muss in einem der folgenden Bereiche auftreten: Spontansprache, Nachsprechen, Benennen, Sprachverständnis.

Die Schädigung muss mittels Aachener-Aphasie-Test bestätigt sein.

Alle Fälle von psychisch verursachtem Sprachverlust oder Sprachverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Hören

Bei der **→versicherten Person** besteht eine Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 2 kHz, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 dB nachweist.

Alle Fälle von psychisch verursachtem Hörverlust oder Hörverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Riechen und Schmecken

Die **→versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage, den Geruch von Menthol oder Essig und den Geschmack von zum Beispiel Glucose oder Zitronensäure wahrzunehmen.

Zum Nachweis des Verlustes des Geruchssinnes und des Geschmackssinnes müssen objektive Geruchs- und Geschmackstests mithilfe eines EEG (Elektroenzephalografie) oder ähnliche anerkannte wissenschaftliche Tests verwendet werden. Wenn der Verlust auf psychischen Ursachen beruht, gilt das nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Gleichgewichtssinn

Der Gleichgewichtssinn der **→versicherten Person** ist so stark gestört, dass ein Besteigen von Leitern (zum Beispiel einer 3-stufigen Haushaltsleiter) bzw. von Gerüsten nicht mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr möglich ist.

Die Schädigung muss durch eine neurologische Untersuchung bestätigt werden.

Alle Fälle von Gleichgewichtsstörungen auf der Basis einer psychiatrischen Erkrankung (Diagnose beginnend mit "F" nach **→ICD-10**, Stand 11.11.2020, wie zum Beispiel Angstattacken, Panikstörungen) sowie aufgrund von Alkohol- und Drogenmissbrauch, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Intellekt

Die geistige Leistungsfähigkeit (Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung, Handlungsplanung) der **→versicherten Person** ist so schwer gestört, dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann.

Die Ergebnisse eines allgemein anerkannten Tests, der die geistige Leistungsfähigkeit der **→versicherten Person** prüft, müssen ergeben, dass sie zu den schlechtesten 10 Prozent der für den Test heranzuziehenden altersentsprechenden Kontrollgruppe gehören.

(2) Beeinträchtigung aufgrund Pflegebedürftigkeit

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn die **→versicherte Person** pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.3 ist, das heißt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.3 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.3 Absatz 2).

(3) Beeinträchtigung aufgrund Demenz

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn bei der **→versicherten Person** eine Demenz mit einem Schweregrad von mindestens 5 (mittelschwere kognitive Leistungseinbußen) vorliegt, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrads der kognitiven, emotionalen und sozialen Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Nervenarzt, Facharzt für Psychiatrie oder Facharzt für Neurologie) durchgeführt werden.

(4) Beeinträchtigung aufgrund gesetzlicher Betreuung

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn ein Gericht anhand eines psychiatrischen Gutachtens entschieden hat, dass die **→versicherte Person** mindestens 6 Monate lang ununterbrochen gesetzlich betreut werden musste oder voraussichtlich betreut werden muss.

(5) Beeinträchtigung aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach dem Infektionsschutzgesetz

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn die **→versicherte Person**

- infolge eines vollständigen Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) ausgesprochen wurde,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben,
- und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei die andere Tätigkeit bereits dann nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richten sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt jedoch höchstens 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als zumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

(6) Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen, wenn Sie den Leistungsauslöser zusätzlich vereinbart haben

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" zusätzlich vereinbart haben, liegt eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen von Beginn an auch vor, wenn bei der **→versicherten Person** eine schwere Depression der folgenden Art besteht:

- eine schwere depressive Episode (**→ICD-10** F32.2 und F32.3, Stand 11.11.2020), die mindestens 12 Monate seit Diagnosestellung anhält, oder
- eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (**→ICD-10** F33.2 und F33.3, Stand 11.11.2020), mit einer Gesamtdauer der bisherigen rezidivierenden depressiven Störungen von mindestens 12 Monaten ab Diagnosestellung innerhalb der Vertragslaufzeit und
 - entweder einem zeitlichen Abstand zwischen den Episoden von nicht mehr als 6 Monaten
 - oder mit bereits abgeschlossener stationärer Behandlung von nicht weniger als 4 Wochen in einer psychiatrischen Klinik.

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn die **→versicherte Person** für voraussichtlich 12 Monate aufgrund einer psychischen Erkrankung im Sinne des Kapitels V **→ICD-10**, Stand 11.11.2020 nicht mehr in der Lage ist, 3 Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt bleibt unberück-

sichtigt. Ausgenommen sind Erkrankungen nach →**ICD-10** F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und F 55 Verhaltensauffälligkeiten aufgrund schädlichem Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen, Stand 11.11.2020.

Die Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankung ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

Die Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankung darf nicht durch die in Ziffer 5.2 genannten Hilfsmittel behebbar sein.

(7) **Beeinträchtigung bei speziellen Berufen, wenn Sie den Leistungsauslöser zusätzlich vereinbart haben**

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" zusätzlich vereinbart haben, liegt eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen von Beginn an auch vor, wenn bei der →**versicherten Person**

- eine der nachstehenden beruflichen Anforderungen beeinträchtigt ist und
- sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei die andere Tätigkeit bereits dann nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richten sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt jedoch höchstens 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als zumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

Die Beeinträchtigung der beruflichen Tätigkeit darf nicht durch die in Ziffer 5.2 genannten Hilfsmittel behebbar sein.

a) **LKW-/Bus-Fahrerlaubnis**

Die →**versicherte Person** kann ihre berufliche Tätigkeit für mindestens 6 Monate nicht weiter ausüben, da sie zum Führen eines LKWs (Fahrerlaubnis Klasse C, CE, C1 oder C1E) oder eines Busses (Fahrerlaubnis Klasse D, DE, D1 oder D1E) außerstande ist.

Die Fahrerlaubnis, die die →**versicherte Person** für ihre berufliche Tätigkeit benötigt, muss nachweislich aus gesundheitlichen Gründen entzogen oder nicht erteilt worden sein. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Alle Fälle, in denen die Fahrerlaubnis der →**versicherten Person** aufgrund von Alkohol- oder Drogenmissbrauch entzogen wird oder die versicherte Person auf der Basis einer psychiatrischen Erkrankung (Diagnose beginnend mit "F" nach →**ICD-10**, Stand 11.11.2020) zum Führen eines LKWs oder eines Busses außerstande ist, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

b) **Arbeitsmedizinischer Schutz G20 (Lärmexposition)**

Die →**versicherte Person** kann für mindestens 12 Monate ihre berufliche Tätigkeit nicht weiter ausüben, da eine berufsgenossenschaftlich vorgeschriebene G20-Untersuchung nach DGUV Regel 023-209 ergab, dass bei der versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für das Arbeiten bei Lärmexposition bestehen, und ein Facharzt dieses Ergebnis in der Lärm III Untersuchung bestätigt hat.

Für die gleiche Tätigkeit wurden bei mindestens einer vorherigen G20-Untersuchung keine gesundheitlichen Bedenken für das Arbeiten bei Lärmexposition festgestellt.

Alle Fälle, in denen die G20-Untersuchung dauerhafte Bedenken aufgrund von psychischen Ursachen ergibt, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

c) **Arbeitsmedizinischer Schutz G25 (Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten)**

Die →**versicherte Person** kann für mindestens 12 Monate ihre berufliche Tätigkeit nicht weiter ausüben, da eine berufsgenossenschaftlich vorgeschriebene G25-Untersuchung nach DGUV Regel 250-427 ergab, dass bei der versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für die Eignung für Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten bestehen, und ein Facharzt dieses Ergebnis bestätigt hat.

Für die gleiche Tätigkeit wurden bei mindestens einer vorherigen G25-Untersuchung keine gesundheitlichen Bedenken für die Eignung für Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten festgestellt.

Alle Fälle, in denen die G25-Untersuchung dauerhafte Bedenken aufgrund von psychischen Ursachen ergibt, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

d) **Arbeitsmedizinischer Schutz G26 (Atemschutzgeräte)**

Die →**versicherte Person** kann für mindestens 12 Monate ihre berufliche Tätigkeit nicht weiter ausüben, da eine berufsgenossenschaftlich vorgeschriebene G26-Untersuchung nach DGUV Regel 112-190 Anhang 3 ergab, dass bei der versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für das Tragen von Atemschutzmasken bestehen, und ein Facharzt dieses Ergebnis bestätigt hat.

Für die gleiche Tätigkeit wurden bei mindestens einer vorherigen G26-Untersuchung keine gesundheitlichen Bedenken für das Tragen von Atemschutzmasken festgestellt.

Alle Fälle, in denen die G26-Untersuchung dauerhafte Bedenken aufgrund von psychischen Ursachen ergibt, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

1.3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

Die →**versicherte Person** ist pflegebedürftig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, wenn sie aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Absatz 2).

(1) **Begriff und Dauer der Pflegebedürftigkeit**

Pflegebedürftigkeit der →**versicherten Person** liegt vor, wenn

- sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe anderer bedarf und
- sie körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ununterbrochen bestehen oder bereits 6 Monate bestanden haben.

Die Pflegebedürftigkeit ist stets ärztlich nachzuweisen.

Die Pflegebedürftigkeit beurteilt sich nach den nachfolgenden 6 Bereichen, denen bestimmte Kriterien zugeordnet sind. Diesen Kriterien sind zur Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten Kategorien zugeordnet. Die Bereiche, Kriterien und Kategorien entsprechen denjenigen, die in § 14 und § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften hat auf die Definition der Bereiche, Kriterien und Kategorien der Pflegebedürftigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer KörperSchutzPolice keine Auswirkungen. Den Wortlaut der genannten Paragraphen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

a) Mobilität

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beteiligen an einem Gespräch") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt, Fähigkeit größtenteils vorhanden, Fähigkeit in geringem Maße vorhanden oder Fähigkeit nicht vorhanden" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beschädigen von Gegenständen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Nie oder sehr selten, selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen), häufig (zwei- bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) oder täglich" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

d) Selbstversorgung

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Essen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" bzw. "entfällt, teilweise oder vollständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Medikation") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien:

- "Entfällt/selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig",
- "Entfällt/selbstständig, Anzahl der Maßnahmen pro Tag, Woche oder Monat",
- "Entfällt/selbstständig, täglich, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit" bzw.
- "Entfällt/selbstständig, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit".

Die Kategorien können Sie der Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Ruhens und Schlafen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig,

überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

(2) Grade der Pflegebedürftigkeit

Abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wird die Pflegebedürftigkeit in 5 Grade der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) eingestuft. Die Pflegegrade entsprechen den Pflegegraden, die in § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift hat auf die Pflegegrade nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer KörperSchutzPolice keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragraphen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Leistungen aus der KörperSchutzPolice (siehe Ziffer 1.1) erbringen wir, wenn die →**versicherte Person** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird.

(3) Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit

Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) wird entsprechend der gesetzlichen Vorschrift des § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, ermittelt. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift zur Ermittlung des Pflegegrads hat auf die Ermittlung des Pflegegrads nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer KörperSchutzPolice keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragraphen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

Die →**versicherte Person** erhält nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Pflegegrad.

Zur Bestimmung des Pflegegrads werden, wie in Absatz 1 beschrieben, den 6 Bereichen Kriterien zugeordnet. Diese Kriterien werden anhand von Kategorien beurteilt. Die Kategorien stellen die in den Kriterien zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen dar.

Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien Einzelpunkte zugeordnet.

Die jeweils erreichbaren Summen der Einzelpunkte in jedem Bereich werden in Punktbereiche gegliedert (zum Beispiel "Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten"). Alle Punktbereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Zur Ermittlung des Pflegegrads erhält jeder der in Absatz 1 a) bis f) genannten Bereiche eine eigene Gewichtung (zum Beispiel "Mobilität 10 Prozent"). Die Gewichtung aller Bereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Jedem Punktbereich in einem Bereich werden anschließend abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und der Gewichtung der Bereiche festgelegte, gewichtete Punkte zugeordnet (siehe Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

Anschließend werden die gewichteten Punkte aller Bereiche zu einer Gesamtpunktzahl addiert. Aus dieser Gesamtpunktzahl ergibt

sich der entsprechende Pflegegrad. Die →**versicherte Person** ist pflegebedürftig bei Einstufung mindestens in den Pflegegrad 2, was ab 27 Gesamtpunkten gegeben ist (siehe § 15 Absatz 3 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

1.4 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz aus der KörperSchutzPolice besteht weltweit.

1.5 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?

(1) Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss

Bei Abschluss Ihres Vertrags verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:

- unsere unternehmenseigene Sterbetafel "AZ 2021 GF TA U" (→**Tafeln**),
- unsere unternehmenseigene Tafel "AZ 2021 GF I U" für die Eintrittswahrscheinlichkeiten einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 (→**Tafeln**),
- unsere unternehmenseigenen Tafeln "AZ 2012 GF TI U" und "AZ 2012 GF RI U" für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Beeinträchtigung und die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten (→**Tafeln**),
- den →**Rechnungszins** 0,25 Prozent und
- die →**Kosten** der KörperSchutzPolice (siehe dazu Ziffer 7.1).

(2) Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen

Bei Leistungserhöhungen (zum Beispiel durch Überschussanteile) berechnen wir die hinzukommenden Leistungen grundsätzlich mit den Rechnungsgrundlagen (insbesondere →**Rechnungszins**, →**Tafeln** und →**Kosten** der KörperSchutzPolice), die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

Wenn zum Erhöhungstermin aufgrund aufsichtsrechtlicher Bestimmungen und/oder der offiziellen Stellungnahmen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) für die Berechnung der →**Deckungsrückstellung** von neu abzuschließenden vergleichbaren Versicherungen andere Rechnungsgrundlagen gelten, können wir für die Leistungserhöhungen auch diese verwenden. Wenn sich nach einer Leistungserhöhung die für die Berechnung der →**Deckungsrückstellung** geltenden Rechnungsgrundlagen erneut ändern, können wir für weitere Leistungserhöhungen die geänderten Rechnungsgrundlagen verwenden oder die bei der letzten Leistungserhöhung zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen beibehalten.

Wenn wir andere Rechnungsgrundlagen verwenden als bei Vertragsschluss oder bei der letzten Leistungserhöhung, werden wir Sie hierüber informieren.

Bei Leistungserhöhungen legen wir bei der Berechnung der hinzukommenden Leistungen höchstens die Prozentsätze der →**Kosten** der KörperSchutzPolice zugrunde, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

Außer bei Leistungserhöhungen gilt diese Regelung entsprechend, wenn in den jeweiligen Abschnitten dieser Versicherungsbedingungen ausdrücklich darauf hingewiesen wird.

2. Leistung aus der Überschussbeteiligung

Für die Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen.

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Was sind die Grundlagen der Überschussbeteiligung?
- 2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Überschüssen?
- 2.3 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven?

2.1 Was sind die Grundlagen der Überschussbeteiligung?

(1) **Keine Garantie der Höhe der Überschussbeteiligung**
Wir können die Überschussbeteiligung der Höhe nach nicht garantieren. Zum einen hängt die Höhe der Überschussbeteiligung von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung der von uns versicherten Risiken und der Kosten ist von Bedeutung. Zum anderen erfolgt die Überschussbeteiligung nach einem verursachungsorientierten Verfahren (siehe dazu im Einzelnen die Ziffer 2.2). **Im ungünstigsten Fall kann die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags der Höhe nach null sein.**

Wir informieren Sie jährlich über die Entwicklung der Überschussbeteiligung.

(2) Komponenten der Überschussbeteiligung

Die Überschussbeteiligung umfasst 2 Komponenten:

- die Beteiligung an den Überschüssen (siehe dazu insbesondere die Ziffer 2.2) und
- die Beteiligung an den →**Bewertungsreserven** (siehe dazu insbesondere die Ziffer 2.3).

Wir beachten bei der Überschussbeteiligung die jeweils geltenden Vorgaben

- des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), insbesondere § 153 VVG,
- des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), insbesondere die §§ 139 und 140 VAG
- sowie die dazu ergangenen Rechtsverordnungen in der jeweils geltenden Fassung, insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung - MindZV).

(3) Maßgebende Überschüsse und Bewertungsreserven

Grundlage für die Beteiligung am Überschuss ist der Überschuss, den wir jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) ermitteln. Wir legen mit der Feststellung des Jahresabschlusses - unter Beachtung aufsichtsrechtlicher Vorgaben - fest, welcher Teil des jährlichen Überschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Diesen Teil des Überschusses führen wir der →**Rückstellung für Beitragsrückerstattung** zu, soweit er nicht unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut geschrieben wird. Die →**Rückstellung für Beitragsrückerstattung** darf nur für die Überschussbeteiligung der →**Versicherungsnehmer** verwendet werden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde abweichen.

Grundlage für die Beteiligung an den →**Bewertungsreserven** sind die Bewertungsreserven, die wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) ermitteln und die nach den maßgebenden Vorschriften des Versicherungsaufsichtsrechts für die Beteiligung an den Bewertungsreserven aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung stehen.

Aus der Zuführung zur →**Rückstellung für Beitragsrückerstattung** ergeben sich für Ihren Vertrag keine Ansprüche auf eine bestimmte Überschussbeteiligung.

2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Überschüssen?

Die Beteiligung an den Überschüssen erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Im Folgenden erläutern wir Ihnen,

- warum wir Überschussgruppen bilden (siehe Ziffer 2.2.1),
- wie wir zur Ermittlung der Überschussanteile Ihres Vertrags →**Überschussanteilsätze** festlegen (siehe Ziffer 2.2.2) und
- wie Ihr Vertrag während der Vertragsdauer an den Überschüssen beteiligt wird (siehe Ziffer 2.2.3).

Die Mittel für die Beteiligung am Überschuss werden grundsätzlich der →**Rückstellung für Beitragsrückerstattung** entnommen (siehe

he Ziffer 2.1 Absatz 3). Nur wenn sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut geschrieben werden, werden sie zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert.

2.2.1 Bildung von Überschussgruppen

Versicherungen tragen in unterschiedlichem Maß zu der Entstehung von Überschüssen bei. Wir fassen deshalb vergleichbare Versicherungen zu sogenannten Überschussgruppen zusammen. Innerhalb der Überschussgruppen gibt es verschiedene Untergruppen, mit denen wir weitere bestehende Unterschiede berücksichtigen. Die Zuordnung der einzelnen Verträge zu einer Überschuss- und Untergruppe erfolgt zum Beispiel in Abhängigkeit von

- der Art des versicherten Risikos (zum Beispiel Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko),
- der Phase, in der sich die Versicherung befindet (zum Beispiel vor oder nach Rentenbeginn),
- dem Versicherungsbeginn oder
- der Art der Beitragszahlung.

Die für alle überschussberechtigten Verträge vorgesehenen Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Überschuss- und Untergruppen. Dabei orientieren wir uns daran, in welchem Umfang die Überschuss- und Untergruppen zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben.

Die Information, zu welcher Überschuss- und Untergruppe Ihre Versicherung gehört, finden Sie in Ihren Versicherungsinformationen unter der Überschrift "Welche Überschussgruppen und Untergruppen liegen der Versicherung zugrunde?". Die Gruppenzuordnung ist maßgeblich für die spätere Zuteilung der Überschussanteile.

2.2.2 Festlegung der Überschussanteilsätze

Zur Ermittlung der Überschussanteile, die Ihrem Vertrag zugeteilt werden (siehe Ziffern 2.2.3 und 2.2.4), legt unser Vorstand auf Vorschlag des →**Verantwortlichen Aktuars** vor Beginn eines jeden Kalenderjahres die Höhe der →**Überschussanteilsätze** für die Dauer eines Jahres fest (sogenannte Überschussdeklaration).

Die →**Überschussanteilsätze** werden für die einzelnen Überschuss- und Untergruppen (siehe Ziffer 2.2.1) sowie für die verschiedenen Arten der Überschussanteile (siehe Ziffern 2.2.3 und 2.2.4) als Prozentsätze bestimmter →**Bezugsgrößen** festgelegt. Die Festlegung der →**Überschussanteilsätze** kann im ungünstigsten Fall dazu führen, dass der einzelne Vertrag keine Überschussanteile oder nicht alle für ihn in Betracht kommenden Arten von Überschussanteilen (siehe Ziffern 2.2.3 und 2.2.4) erhält.

Wir veröffentlichen die →**Überschussanteilsätze** jährlich im Anhang unseres Geschäftsberichts, den Sie jederzeit bei uns anfordern können, oder teilen sie Ihnen auf andere Weise mit.

2.2.3 Laufende Beteiligung am Überschuss

Wir beteiligen die Versicherung in Abhängigkeit von der Zuordnung Ihrer Versicherung zu einer Überschuss- bzw. Untergruppe an den erzielten Überschüssen (laufende Überschussanteile). Wie die erzielten Überschüsse verwendet werden, ist abhängig von der vereinbarten Überschussverwendungsart. Folgende Überschussverwendungsarten können Sie bei Vertragsschluss vereinbaren:

- Überschussrente (siehe Absatz 1)
- Ansammlungsbonus (siehe Absatz 2)

(1) Wenn Sie eine Überschussrente vereinbart haben, gilt folgendes:

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

Die Höhe der Ihrem Vertrag zuzuteilenden Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die jeweils festgelegten →**Überschussanteilsätze** (siehe Ziffer 2.2.2) und die jeweilige →**Bezugsgröße** zugrunde.

Die festgelegten →**Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgröße bei beitragspflichtigen Versicherungen

→**Bezugsgröße** bei beitragspflichtigen Versicherungen ist die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.

bb) Bezugsgröße bei beitragsfreien Versicherungen

→**Bezugsgröße** bei nach Ziffer 8.1 beitragsfreien Versicherungen ist die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.

cc) Bezugsgröße bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten gezahlt werden, ist die →**Bezugsgröße** das →**Deckungskapital** der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

b) Verwendung der jährlichen Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

Wir finanzieren mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten überein.

Wenn die jährlichen Überschussanteile, die zur Finanzierung einer beitragsfreien Anwartschaft auf eine zusätzliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, bestimmt sind, aufgrund der jährlichen Festlegung durch unseren Vorstand in einem Versicherungsjahr unter denen des Vorjahres liegen, können Sie die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zu Beginn dieses Versicherungsjahres für die restliche Versicherungsdauer Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung um genau den Unterschiedsbetrag beitragspflichtig erhöhen. In einem solchen Fall werden wir Sie rechtzeitig informieren. Sie haben dann 6 Wochen Zeit, sich für die Erhöhung zu entscheiden. Voraussetzung für das Erhöhungsrecht ist, dass bei der →**versicherten Person** zu Beginn des betreffenden Versicherungsjahres keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt.

In einem solchen Fall erhöht sich der Beitrag nicht im selben Verhältnis wie die Versicherungsleistung. Die Erhöhung errechnet sich nach den am Erhöhungstermin aktuellen Vertragsdaten, insbesondere dem →**rechnungsmäßigen Alter** der →**versicherten Person**, der restlichen Versicherungsdauer, der Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag sowie den Regelungen nach Ziffer 1.5 Absatz 2.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn

- Ihre Versicherung nach Ziffer 8.1 beitragsfrei ist und
 - bei der →**versicherten Person** keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt,
- finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten überein.

cc) Verwendung bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für diese Rente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (→**Kosten**) nach Ziffer 7.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Diese ist selbst wiederum wie laufende Renten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.5 Absatz 2.

(2) Wenn Sie einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, gilt folgendes:**a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile**

Die Höhe der Ihrem Vertrag zuzuteilenden Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die jeweils festgelegten →**Überschussanteilsätze** (siehe Ziffer 2.2.2) und die jeweilige →**Bezugsgröße** zugrunde.

Die festgelegten →**Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgröße bei beitragspflichtigen Versicherungen

→**Bezugsgröße** bei beitragspflichtigen Versicherungen ist der vereinbarte Beitrag für die Versicherung.

bb) Bezugsgröße bei beitragsfreien Versicherungen

→**Bezugsgröße** bei nach Ziffer 8.1 beitragsfreien Versicherungen ist die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.

cc) Bezugsgröße bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten gezahlt werden, ist die →**Bezugsgröße** das →**Deckungskapital** der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

dd) Bezugsgröße der Zinsüberschussanteile des Ansammlungsbonus

Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen Ihrer Versicherung erhalten Sie auf Ihren Ansammlungsbonus Zinsüberschussanteile.

Wir berechnen den Zinsüberschussanteil täglich mit den für diese Überschussanteile festgelegten jährlichen →**Überschussanteilsätzen** bezogen auf einen Tag und teilen die Überschussanteile täglich zu.

→**Bezugsgröße** für den Zinsüberschussanteil ist das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus zuzüglich der bereits zugeteilten jährlichen Überschussanteile abzüglich Verwaltungskosten (→**Kosten**) nach Ziffer 7.1 Absatz 2 c).

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile**aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen**

Mit jedem fälligen Beitrag erhält Ihre Versicherung einen Überschussanteil, der in Prozent des Beitrags festgesetzt wird.

Wir finanzieren mit den jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres eine Erhöhung des →**Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn

- Ihre Versicherung nach Ziffer 8.1 beitragsfrei ist und
 - bei der →**versicherten Person** keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt,
- finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Rente bei Beein-

trächtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten überein.

cc) Verwendung bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für diese Rente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (→**Kosten**) nach Ziffer 7.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Diese ist selbst wiederum wie laufende Renten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.5 Absatz 2.

dd) Verwendung der Zinsüberschussanteile des Ansammlungsbonus

Wir verwenden die täglichen Zinsüberschussanteile aus dem Ansammlungsbonus nach Abzug von Verwaltungskosten (→**Kosten**) nach Ziffer 7.1 Absatz 2 c) für eine Erhöhung des →**Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

ee) Auszahlung des Ansammlungsbonus bei Ablauf der Versicherungsdauer oder bei Tod der versicherten Person

Wenn die Versicherungsdauer abläuft, zahlen wir das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

Wenn die →**versicherte Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus an versorgungsberechtigte Angehörige im Sinne von Ziffer 3.1 Absatz 1 aus.

Wenn bei Tod der →**versicherten Person** keine versorgungsberechtigten Angehörigen im Sinne von Ziffer 3.1 Absatz 1 vorhanden sind, zahlen wir das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus als Sterbegeld, höchstens jedoch die von der Aufsichtsbehörde jeweils zugelassene Höchstversicherungssumme bei Sterbekassen. Wenn aus mehreren bei einer Allianz-Gesellschaft bestehenden Verträgen der betrieblichen Altersversorgung ein Sterbegeld fällig wird, gilt die Begrenzung für die Summe der Sterbegelder. Mit Zahlung eines Sterbegelds erlischt die Versicherung. Auf Wunsch informieren wir Sie über die jeweils geltende Höchstgrenze für das Sterbegeld.

2.2.4 Schlussüberschussbeteiligung des Ansammlungsbonus

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen kann bei Vertragsende ein Schlussüberschussanteil zugeteilt werden, das heißt bei

- Kündigung,
- Ablauf der Versicherungsdauer oder
- Tod der →**versicherten Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

Der Schlussüberschussanteil besteht aus einem normalen Schlussüberschussanteil und darüber hinaus bei beitragspflichtigen Versicherungen aus einem zusätzlichen Schlussüberschussanteil. Die Höhe des normalen und des zusätzlichen Schlussüberschussanteils ergibt sich aus der Überschussdeklaration (siehe Ziffer 2.2.2) und kann auch null sein.

(1) Ermittlung des normalen Schlussüberschussanteils

Bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) ermitteln wir die Höhe des normalen Schlussüberschussanteils nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die →**Bezugsgrößen** und die dann für sämtliche Versicherungsjahre jeweils festgelegten Schlussüberschussanteilsätze zugrunde. →**Bezugsgröße** für den normalen Schlussüberschussanteil ist jeweils das durchschnittliche →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus in den einzelnen abgelaufenen Kalenderjahren.

Die Höhe sämtlicher Schlussüberschussanteilsätze legt unser Vorstand jeweils für ein Kalenderjahr fest. Die Festlegung der Höhe

der Schlussüberschussanteilsätze sowie weitere Informationen können Sie dem Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Überschrift "Schlussüberschussanteil" entnehmen.

Bei Kapitalzahlungen vor Ablauf der Versicherungsdauer (zum Beispiel bei Kündigung) kann der Schlussüberschussanteil in Abhängigkeit von der Zinssituation am Kapitalmarkt geringer ausfallen. Weitere Informationen können Sie dem Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Schlussüberschussanteil bei Kündigung" entnehmen.

(2) Ermittlung des zusätzlichen Schlussüberschussanteils
Bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) ermitteln wir die Höhe des zusätzlichen Schlussüberschussanteils nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Die Ermittlung entspricht dabei der eines jährlichen Überschussanteils nach Ziffer 2.2.3 Absatz 2 a) Sätze 2 und 3 für den Zeitraum des Beginns des letzten Versicherungsjahres bis zum Leistungszeitpunkt.

(3) Verwendung des Schlussüberschussanteils
Wenn ein Schlussüberschussanteil bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) hinzukommt, zahlen wir ihn aus.

2.3 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven?

2.3.1 Beteiligung vor Rentenbeginn

(1) Beteiligung bei Überschussrente

Die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Wenn Sie eine Überschussrente vereinbart haben, entfallen auf Ihre Versicherung allerdings vor Rentenbeginn keine oder nur geringe **→Bewertungsreserven**, da für die Bildung von Kapitalanlagen, aus denen Bewertungsreserven entstehen können, keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung stehen.

(2) Beteiligung bei Ansammlungsbonus

Wenn Sie einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, beteiligen wir Ihre Versicherung auch vor Rentenbeginn an den **→Bewertungsreserven**.

Wir ordnen die **→Bewertungsreserven**, die nach den aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der **→Versicherungsnehmer** zu berücksichtigen sind, den einzelnen Verträgen nach dem in Absatz 2 b) beschriebenen verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zu. Die Höhe der **→Bewertungsreserven** ermitteln wir dazu

- jährlich neu,
- zusätzlich auch zu den Stichtagen, die wir im Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Überschrift "Maßgebende Stichtage für die Beteiligung an Bewertungsreserven" veröffentlichen.

Aus der rechnerischen Zuordnung ergeben sich noch keine vertraglichen Ansprüche auf eine Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** in einer bestimmten Höhe. Ihre konkrete Beteiligung auf Grundlage der rechnerischen Zuordnung ergibt sich aus den Absätzen 2 c) bis e).

a) Zeitpunkt der Beteiligung

Wir beteiligen Ihre Versicherung bei Vertragsende an den **→Bewertungsreserven**, das heißt bei

- Kündigung,
- Ablauf der Versicherungsdauer oder
- Tod der **→versicherten Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

b) Verursachungsorientiertes Teilnahmeverfahren

Die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Im Rahmen dieses Verfahrens bestimmen wir die dem einzelnen Vertrag rechnerisch zuzuordnenden **→Bewertungsreserven** als Anteil an den Bewertungsreserven aller anspruchsberechtigten Verträge. Dieser Anteil ist abhängig von der Summe der sich für Ihren Vertrag in den abgelaufenen Versicherungsjahren ergebenden durchschnittlichen **→Deckungskapitalien** im Verhältnis zur Summe der sich für alle

abgelaufenen Versicherungsjahre ergebenden durchschnittlichen Deckungskapitalien aller Verträge, soweit sie anspruchsberechtigt sind.

Die Stichtage für die Ermittlung der **→Bewertungsreserven** legen wir jeweils im Voraus für ein Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen diese Festlegungen im Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Maßgebende Stichtage für die Beteiligung an Bewertungsreserven".

c) Zuteilung der Bewertungsreserven

Wir ermitteln bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) für diesen Zeitpunkt den Ihrem Vertrag rechnerisch zuzuordnenden Anteil an den **→Bewertungsreserven** nach dem in Absatz 2 b) beschriebenen Verfahren. Nach § 153 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) teilen wir Ihrer Versicherung dann die Hälfte des ermittelten Betrags zu. Damit haben Sie einen Anspruch auf den Ihrem Vertrag zugeteilten Betrag. Die Mittel für die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** werden grundsätzlich der **→Rückstellung für Beitragsrückerstattung** entnommen (siehe Ziffer 2.1 Absatz 3).

d) Verwendung der zugeteilten Bewertungsreserven

Bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) zahlen wir die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** aus.

e) Sockelbetrag für die Beteiligung an den Bewertungsreserven

Die Höhe der **→Bewertungsreserven**, an denen Ihr Ansammlungsbonus beteiligt wird, ist vom Kapitalmarkt abhängig und unterliegt Schwankungen. Zum Ausgleich dieser Schwankungen können wir in Abhängigkeit von unserer Ertragslage **→Überschussanteilsätze** für den sogenannten Sockelbetrag für die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** festsetzen. Bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) kann ein Sockelbetrag zum Tragen kommen.

aa) Ermittlung des Sockelbetrags

Wenn bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) ein Sockelbetrag zum Tragen kommt, ermitteln wir dessen Höhe nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die **→Bezugsgrößen** und die dann für sämtliche Versicherungsjahre jeweils festgelegten **→Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag zugrunde.

→Bezugsgröße für den Sockelbetrag ist das jeweilige **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus in den einzelnen abgelaufenen Kalenderjahren.

Die Höhe der **→Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag legt unser Vorstand jeweils für ein Kalenderjahr fest. Die Festlegung der Höhe der **→Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag sowie weitere Informationen können Sie dem Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Überschrift "Sockelbetrag für die Beteiligung an Bewertungsreserven" entnehmen.

bb) Zuteilung und Verwendung des Sockelbetrags

Wenn wir Ihrem Vertrag die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** zuteilen und ein für diesen Zeitpunkt festgelegter Sockelbetrag höher ist als der Wert der Beteiligung, der sich nach Absatz 2 c) ergibt, teilen wir Ihrem Vertrag den Sockelbetrag zu. Er wird so verwendet, wie unter Absatz 2 d) beschrieben. Wenn der Sockelbetrag niedriger ist oder es keinen Sockelbetrag gibt, bleibt es bei der Zuteilung des gesetzlich vorgesehenen Werts (siehe Absatz 2 c)).

2.3.2 Beteiligung laufender Renten

Laufende Renten werden an den **→Bewertungsreserven** über eine angemessen erhöhte Beteiligung an den Überschüssen beteiligt. Bei der Festlegung der **→Überschussanteilsätze** im Rahmen der Ermittlung der Überschussanteile wird insbesondere die aktuelle Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

2.3.3 Vorrang aufsichtsrechtlicher Regelungen

Bei der Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** sind wir an die aufsichtsrechtlichen Vorschriften zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen gebunden. **Die Beteiligung an den →Bewertungsreserven kann dadurch - im ungünstigsten Fall - der Höhe nach null sein.**

3. Leistungsempfänger und Überweisung der Leistung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 An wen zahlen wir die Versicherungsleistungen und die Leistungen aus der Überschussbeteiligung?**
3.2 Was gilt bei Überweisung der Leistung?

3.1 An wen zahlen wir die Versicherungsleistungen und die Leistungen aus der Überschussbeteiligung?

(1) Leistungsempfänger

Die Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir mit Eintritt des Versorgungsfalls, soweit sämtliche Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, an die **→versicherte Person**. Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, erbringen wir die Leistungen aus der Überschussbeteiligung bei Tod der **→versicherten Person** an deren versorgungsberechtigte Angehörige. Dies sind:

a) Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner

Der zum Todeszeitpunkt mit der **→versicherten Person** in gültiger Ehe lebende Ehegatte bzw. mit der versicherten Person in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende Partner.

b) Kinder

Falls a) nicht vorhanden ist, die Kinder im Sinne von § 32 Absatz 1 Nr. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) (im 1. Grad verwandte Kinder der **→versicherten Person**), soweit und solange sie die Anforderungen des § 32 Absatz 3 und Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 - 3 Einkommensteuergesetz (EStG) erfüllen und auch im Falle des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Diesen Kindern stehen Kinder gleich, die auf Dauer in den Haushalt der **→versicherten Person** aufgenommen wurden und die uns vom **→Versicherungsnehmer** aufgrund einer Erklärung der versicherten Person gegenüber dem Versicherungsnehmer namentlich benannt sind, wenn sie

- in einem Obhut- und Pflegeverhältnis zu der versicherten Person stehen (Pflege-, Stief- und faktische Stiefkinder) oder
- Kinder im Sinne von § 32 Absatz 1 Nr. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) oder Pflegekinder im Sinne von § 32 Absatz 1 Nr. 2 Einkommensteuergesetz (EStG) nur des Ehegatten, des Partners der eingetragenen Lebenspartnerschaft oder des Lebensgefährten der versicherten Person sind und diese Personen ebenfalls im Haushalt der versicherten Person leben.

Die zuvor genannten Anforderungen für im 1. Grad verwandte Kinder gelten auch für die gleichgestellten Kinder.

Die für gleichgestellte Kinder genannten Voraussetzungen müssen vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllt sein. Zu diesem Zeitpunkt müssen uns auch die entsprechenden Erklärungen zugegangen sein.

c) Namentlich benannter Lebensgefährte

Falls a) und b) nicht vorhanden sind, der uns vom **→Versicherungsnehmer** aufgrund einer Erklärung der **→versicherten Person** gegenüber dem Versicherungsnehmer namentlich benannte Lebensgefährte, zu dessen Gunsten ein Bezugsrecht eingeräumt wurde.

Voraussetzung ist außerdem, dass die **→versicherte Person** mit dem Lebensgefährten im Zeitpunkt des Ablebens der versicherten Person in einer eheähnlichen Gemeinschaft lebt. Eine eheähnliche Gemeinschaft ist gegeben, wenn 2 miteinander nicht verheiratete Personen, zwischen denen die Ehe rechtlich möglich wäre, wie ein nicht getrennt lebendes Ehepaar in gemeinsamer Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft leben.

Die für den Lebensgefährten genannten Voraussetzungen müssen vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllt sein. Zu diesem Zeitpunkt

müssen uns auch die entsprechenden Erklärungen zugegangen sein.

d) Namentlich benannter nicht eingetragener gleichgeschlechtlicher Lebenspartner

Falls a) bis c) nicht vorhanden sind, der uns vom **→Versicherungsnehmer** aufgrund einer Erklärung der **→versicherten Person** gegenüber dem Versicherungsnehmer namentlich benannte gleichgeschlechtliche Lebenspartner einer nicht eingetragenen Lebenspartnerschaft, zu dessen Gunsten ein Bezugsrecht eingeräumt wurde.

Voraussetzung ist außerdem, dass die **→versicherte Person** mit dem Lebenspartner im Zeitpunkt des Ablebens der versicherten Person in einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebt. Eine gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft ist nur dann gegeben, wenn 2 Personen gleichen Geschlechts, die weder minderjährig noch mit einer anderen Person verheiratet sind oder mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führen, in gemeinsamer Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft leben.

Die für den nicht eingetragenen Lebenspartner genannten Voraussetzungen müssen vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllt sein. Zu diesem Zeitpunkt müssen uns auch die entsprechenden Erklärungen zugegangen sein.

e) Enkelkinder

Falls a) bis d) nicht vorhanden sind, die uns vom **→Versicherungsnehmer** aufgrund einer Erklärung der **→versicherten Person** gegenüber dem Versicherungsnehmer namentlich benannten Enkelkinder der versicherten Person, wenn sie auf Dauer im Haushalt der versicherten Person aufgenommen und versorgt werden, soweit und solange sie die Anforderungen des § 32 Absatz 3 und Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 - 3 Einkommensteuergesetz (EStG) erfüllen und auch im Falle des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die für Enkelkinder genannten Voraussetzungen müssen vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllt sein. Zu diesem Zeitpunkt müssen uns auch die entsprechenden Erklärungen zugegangen sein.

(2) Änderung der Reihenfolge der versorgungsberechtigten Angehörigen

Auf Wunsch können Sie im Einvernehmen mit der **→versicherten Person** auch eine andere Reihenfolge der versorgungsberechtigten Angehörigen festlegen.

(3) Kein versorgungsberechtigter Angehöriger vorhanden

Wenn kein versorgungsberechtigter Angehöriger im Sinne von Absatz 1 vorhanden ist und Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, gilt:

- Wir zahlen die Leistungen aus der Überschussbeteiligung als Sterbegeld (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 2 b), Unterabsatz ee)) an den uns von Ihnen mit dem Einvernehmen der **→versicherten Person** benannten Berechtigten.
- Wenn kein benannter Berechtigter vorhanden ist, zahlen wir die Leistungen aus der Überschussbeteiligung als Sterbegeld (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 2 b), Unterabsatz ee)) an die Erben der **→versicherten Person**.

3.2 Was gilt bei Überweisung der Leistung?

Wir überweisen unsere Leistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist die Leistung ausgeschlossen?

Wir erbringen keine Leistungen aus dieser Versicherung, wenn der Versicherungsfall verursacht worden ist

a) durch innere Unruhen, wenn die →**versicherte Person** auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegseignisse.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn der Versicherungsfall während eines Aufenthalts der →**versicherten Person** außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen sie nicht selbst aktiv beteiligt war;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die →**versicherte Person**.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn der Versicherungsfall ausschließlich durch eine von der →**versicherten Person** fahrlässig, grob fahrlässig oder vorsätzlich begangene Ordnungswidrigkeit (zum Beispiel im Straßenverkehr) oder durch ein fahrlässig oder grob fahrlässig begangenes Vergehen (zum Beispiel im Straßenverkehr) verursacht wurde;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Handlung

- in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder
- unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden begangen worden ist;

e) durch eine von Ihnen als →**Versicherungsnehmer** ausgeübte widerrechtliche Handlung mit dem Vorsatz, die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der →**versicherten Person** herbeizuführen;

f) durch Strahlen als Folge von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde, um die Gefahr abzuwehren;

g) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

- vorsätzlich eingesetzten atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder
- vorsätzlich eingesetzten oder vorsätzlich freigesetzten radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen,

wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet gewesen sind, das Leben vieler Personen zu gefährden.

Wir leisten jedoch in den Fällen f) und g) uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

5. Ihre besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

- 5.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
- 5.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind zu beachten?
- 5.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht zu beachten?
- 5.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
- 5.5 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?

5.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

(1) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.1 verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers folgende Auskünfte gegeben und Unterlagen eingereicht werden, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind:

a) ausführliche, aussagekräftige Befundberichte der Fachärzte, von denen die →**versicherte Person** untersucht wurde oder bei denen sie in Behandlung ist oder war,

- mit Nachweisen über Ursache, Beginn, Art, Schweregrad, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie
- gegebenenfalls über dessen Auswirkungen auf eine der in Ziffer 1.2 beschriebenen körperlichen oder geistigen Fähigkeiten;

b) bei Anordnung gesetzlicher Betreuung der gerichtliche Beststellungsbeschluss oder der Betreuerausweis;

c) bei Anordnung eines vollständigen Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) zusätzlich der Bescheid über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen;

d) bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten aufgrund Pflegebedürftigkeit das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung und

e) wenn das Gutachten nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen oder keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht oder diese kein Gutachten erstellt hat,

- ausführliche Berichte der Ärzte, von denen die →**versicherte Person** untersucht wurde oder bei denen sie in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung des Pflegedienstes oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Der Nachweis mittels Gutachtens durch einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige sachverständige Gutachter ist alternativ möglich.

Auch bei späterer Einreichung der Unterlagen nach den Absätzen a) bis e) leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 a).

(2) Mitwirkung bei der Datenerhebung bei anderen Stellen

Wir sind berechtigt, auf unsere Kosten im Rahmen des zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Umfangs mit Ihrer Einwilligung personenbezogene Daten bei den folgenden Stellen und Personen zu erheben:

- Ärzte,
- Krankenhäuser,
- sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime,

- Pflegepersonen,
- Sachverständige,
- andere Personenversicherer,
- gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Sie können eine solche Datenerhebung verweigern oder eine bereits erteilte Einwilligung widerrufen. Versicherungsleistungen werden jedoch nicht fällig, wenn wir aufgrund Ihres Verhaltens nicht feststellen können, ob und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind.

(3) Mitwirkung bei weiteren Untersuchungen und weiteren Nachweisen

Wir können verlangen, dass die →**versicherte Person** von Ärzten und Sachverständigen unserer Wahl und auf unsere Kosten untersucht wird. Dabei handelt es sich um von uns unabhängige Ärzte und Sachverständige, die nicht bei einer Allianz-Gesellschaft angestellt sind.

Wenn sich die →**versicherte Person** im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir

- die Untersuchungskosten sowie
- die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten.

(4) Folgen einer Pflichtverletzung

Unsere Leistungen werden fällig, wenn wir die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben. Wenn Sie eine der in diesem Abschnitt 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.

5.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind zu beachten?

Die →**versicherte Person** ist dazu verpflichtet geeignete Hilfsmittel zu verwenden. Ein Hilfsmittel ist geeignet, wenn

- die →**versicherte Person** dieses bereits in der Vergangenheit verwendet hat, derzeit verwendet oder es zukünftig verwenden wird und
- das Hilfsmittel zu einer Besserung der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten führt.

5.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht zu beachten?

(1) Nachprüfung unserer Leistungspflicht

Wenn wir anerkannt oder festgestellt haben, dass wir aufgrund einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 leistungspflichtig sind, sind wir berechtigt zu prüfen, ob bei der →**versicherten Person** die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten weiterhin besteht.

(2) Auskunft- und Mitwirkungsobliegenheiten

Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn sich die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 mindert.

Um die aktuelle Situation nachprüfen zu können,

- müssen uns jederzeit sachdienliche Auskünfte erteilt werden;
- können wir einmal jährlich verlangen, dass sich die →**versicherte Person** von einem durch uns beauftragten Arzt umfassend untersuchen lässt.

Hierbei eventuell entstehende Kosten müssen wir tragen.

Darüber hinaus gelten die in Ziffer 5.1 Absätze 2 und 3 genannten Mitwirkungspflichten.

(3) Wegfall unserer Leistungspflicht

Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn wir feststellen, dass die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir dies gegenüber Ihnen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erklären.

In diesem Fall können wir unsere Leistungen mit Ablauf des 3. Monats, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, einstellen. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, wenn die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist.

5.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht

Wenn Sie, die →**versicherte Person** oder die Person, die den Anspruch auf Leistungen erhebt, eine der Obliegenheiten nach Ziffer 5.2 und Ziffer 5.3 verletzt haben, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Hierauf können wir uns jedoch nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Im Einzelnen gilt:

- Wenn diese Obliegenheiten vorsätzlich verletzt werden, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn diese Obliegenheiten grob fahrlässig verletzt werden, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistungen nicht.

Auch im Falle von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt worden ist.

(2) Spätere Erfüllung der Obliegenheit

Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Obliegenheit erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Regelungen leistungspflichtig.

5.5 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?

Wenn Leistungen aus dem Vertrag beansprucht werden, können wir zusätzlich die Vorlage von Unterlagen mit den nach Teil B Ziffer 3 zu erteilenden Informationen und Daten verlangen.

6. Erklärung über unsere Leistungspflicht

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie im Abstand von höchstens 4 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Wenn uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, erklären wir spätestens nach 2 Wochen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail), ob wir leisten und wenn ja, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt.

Auf die Möglichkeit eines befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

7. Kosten Ihres Vertrags

Für die Kosten Ihres Vertrags gelten die folgenden Regelungen. Falls für einzelne Bausteine Besonderheiten gelten, finden Sie diese in den Regelungen des jeweiligen Bausteins.

Inhalt dieses Abschnitts:

- 7.1 Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?**
7.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

7.1 Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?

(1) Abschluss- und Vertriebskosten

Mit Ihrem Vertrag sind Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen. Wir haben die Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) in Ihren Beitrag einkalkuliert, sie müssen daher nicht gesondert gezahlt werden.

Die Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) verwenden wir zum Beispiel zur Finanzierung der Kosten für die Vergütung des Versicherungsvermittlers, der Antragsprüfung und der Erstellung der Vertragsunterlagen.

a) Kosten bei den bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträgen

Wir belasten Ihren Vertrag mit Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge.

Die Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) verteilen wir

- in gleichmäßigen Jahresbeträgen,
- über einen Zeitraum von mindestens 5 Jahren,
- jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

b) Kosten bei Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge

Bei Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge belasten wir die Differenz zwischen alter und neuer Beitragssumme wie folgt mit Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**):

- Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der versicherten Leistungen (siehe Ziffer 10.1) oder
- beim dynamischen Zuwachs

verteilen wir die Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) in Höhe eines Prozentsatzes der Differenz zwischen alter und neuer Beitragssumme ab dem Erhöhungstermin wie in Absatz a) Satz 2 beschrieben.

(2) Übrige Kosten

Mit Ihrem Vertrag sind weitere, sogenannte übrige Kosten (→**Kosten**) verbunden. Auch diese sind von Ihnen zu tragen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere Verwaltungskosten (→**Kosten**). Das sind die →**Kosten** für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags. Sämtliche übrige Kosten (→**Kosten**) sind in den Beitrag einkalkuliert und müssen daher nicht gesondert gezahlt werden.

a) Übrige Kosten, wenn keine laufenden Renten gezahlt werden

Solange wir keine laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zahlen, belasten wir Ihren Vertrag mit übrigen Kosten (→**Kosten**) in Form

- eines jährlich anfallenden Betrags in Euro und
- eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der versicherten Leistungen (siehe Ziffer 10.1), gilt der vorherige Satz für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

b) Verwaltungskosten bei laufenden Renten

Wenn wir laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erbringen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form eines Prozentsatzes der gezahlten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (nach Ziffer 2.2.3 Absätze 1 b) und 2 b), jeweils Unterabsatz cc)).

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der versicherten Leistungen (siehe Ziffer 10.1), gelten die beiden vorherigen Sätze für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

c) Zusätzliche Verwaltungskosten, die auf einen vereinbarten Ansammlungsbonus entfallen

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, belasten wir Ihren Vertrag während der Vertragsdauer zusätzlich mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des →**Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

(3) Höhe der Kosten

Informationen zur Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten und der übrigen Kosten (→**Kosten**) können Sie Ihren Versicherungsunterlagen entnehmen.

7.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

(1) Kosten im Rahmen eines Versorgungsausgleichs

Bei Teilung Ihres Vertrags im Rahmen eines Versorgungsausgleichs sind von Ihnen zusätzliche →**Kosten**, sogenannte →**Teilungskosten** zu entrichten.

(2) Kosten für Lastschriftrückläufer

Sofern uns im Falle eines Lastschriftrückläufers, aus einem von Ihnen veranlassten Grund, →**Kosten** von Ihrer Bank in Rechnung gestellt werden, stellen wir Ihnen diese Kosten gesondert in Rechnung.

8. Beitragsfreistellung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 8.1 Wie kann Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt werden?**
8.2 Welche Nachteile kann eine Beitragsfreistellung haben?
8.3 Wie kann nach einer Beitragsfreistellung der Versicherungsschutz wiederhergestellt werden, der zuvor bestanden hat?

8.1 Wie kann Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt werden?

(1) Voraussetzungen

Sie können in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) verlangen, dass Ihre Versicherung weitergeführt wird, ohne dass Beiträge gezahlt werden (Beitragsfreistellung). Die Beitragsfreistellung ist zum Ende einer jeden Versicherungsperiode (siehe Teil B Ziffer 2.1) möglich.

(2) Mindestversicherungsleistung

Wenn die beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach den Absätzen 3 und 4 zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung jährlich die maßgebliche Wertgrenze für Renten nach § 3 Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) übersteigt, wird die garantierte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Absatz 3 herabgesetzt.

Wenn diese Leistung nicht erreicht wird, führen wir Ihre Versicherung unter der Voraussetzung weiter, dass Sie von Ihrem Recht auf Abfindung nach § 3 Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) keinen Gebrauch machen.

Liegt diese Voraussetzung nicht vor, erlischt die Versicherung und wir zahlen, soweit vorhanden, den nach Absatz 3 berechneten Betrag.

(3) Auswirkungen

Wenn Sie eine Beitragsfreistellung verlangen, setzen wir die garantierte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Dabei legen wir das →**Deckungskapital** zugrunde, das zum Beitragsfreistellungstermin nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet wird, wobei wir von der Verrechnung negativer →**Deckungskapitalien** absehen. Das →**Deckungskapital** hat bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung mindestens den Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) auf die ersten 5 Versicherungsjahre, höchstens jedoch auf die Beitragszahlungsdauer, ergibt.

Nach der Beitragsfreistellung finanzieren wir, wenn bei der →**versicherten Person** keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt, mit den für Ihre Versicherung festgelegten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine Überschussrente (siehe Ziffer 2.2.3 Absätze 1 b) und 2 b), jeweils Unterabsatz bb)).

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, wird Ihre Versicherung weiterhin an den Zinsüberschüssen des Ansammlungsbonus (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 2 b), Unterabsatz dd)) beteiligt.

Die beitragsfreie Leistung berechnen wir zum Ende der Versicherungsperiode, für die Sie letztmalig den vollständigen Beitrag gezahlt haben.

Auch nach der Beitragsfreistellung gilt Ziffer 7. Auf ursprünglich vereinbarte Beiträge, die wegen der Beitragsfreistellung nicht zu zahlen sind, erheben wir jedoch ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung keine →**Kosten** in Prozent des Beitrags nach Ziffer 7.1 Absätze 1 a) und 2 a).

(4) Abzug

Von dem nach Absatz 3 ermittelten Betrag nehmen wir einen Abzug vor.

Die Höhe und die Gründe für diesen Abzug sind in Ihren Versicherungsinformationen festgelegt.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Die Angemessenheit müssen wir im Streitfall darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

(5) Fortbestehen von Leistungsansprüchen

Ansprüche aus dieser Versicherung, die auf bereits vor der Beitragsfreistellung der Versicherung eingetretener Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 beruhen, bestehen nach der Beitragsfreistellung der Versicherung fort.

8.2 Welche Nachteile kann eine Beitragsfreistellung haben?

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile haben. Der für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten (→**Kosten**) nach Ziffer 7.1 und eine Risikodeckung finanziert wer-

den müssen. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Leistungen während der Vertragsdauer können Sie Ihren Versicherungsinformationen entnehmen.

8.3 Wie kann nach einer Beitragsfreistellung der Versicherungsschutz wiederhergestellt werden, der zuvor bestanden hat?

(1) 6-Monats-Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung

Innerhalb von 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung Ihrer KörperSchutzPolice können Sie verlangen, dass die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden, ohne dass wir eine Risikoprüfung durchführen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beitragszahlung nach Absatz 4 wieder aufnehmen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn bei der →**versicherten Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt.

(2) Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes bei Elternzeit ohne Risikoprüfung

Wenn die Versicherung wegen einer Elternzeit beitragsfrei gestellt worden ist, kann die Frist zwischen Beitragsfreistellung und Wiederaufnahme der Beitragszahlung auch mehr als 6 Monate betragen, ohne dass wir eine Risikoprüfung durchführen. Die Beitragszahlung muss jedoch spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Elternzeit wiederaufgenommen werden. Wird die Elternzeit in mehrere Abschnitte aufgeteilt, muss die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes jeweils innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung eines Abschnittes erfolgen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn bei der →**versicherten Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt.

(3) Allgemeine Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes mit Risikoprüfung

Auch nach Ablauf von 6 Monaten, jedoch nur innerhalb von 3 Jahren nach der Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung können Sie verlangen, dass durch die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 4 die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden. Nach Ablauf von 3 Jahren nach der Beitragsfreistellung ist eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung nicht mehr möglich.

Den Versicherungsschutz können wir dann wiederherstellen, wenn die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes eine vergleichbare neue Versicherung ohne erschwerte Bedingungen bei uns abschließen könnte.

(4) Möglichkeiten zur Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

Um nach einer Beitragsfreistellung den Versicherungsschutz wiederherzustellen, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, können Sie

- die Beiträge begleichen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallen, oder
- höhere laufende Beiträge zahlen.

Stattdessen können Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, auch nur die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Die versicherten Garantieleistungen berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Wir berechnen die neuen Beiträge und die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.5 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

9. Kündigung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 9.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?**
9.2 Wie wirkt sich eine Kündigung Ihrer Versicherung aus?

9.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) wie folgt kündigen:

- Versicherungen mit laufender Beitragszahlung jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode,
- beitragsfreie Versicherungen jederzeit zum Ende des laufenden Monats.

9.2 Wie wirkt sich eine Kündigung Ihrer Versicherung aus?

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, hängt die Wirkung davon ab, ob bei der →**versicherten Person** zum Zeitpunkt der Kündigung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt:

(1) Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zum Zeitpunkt der Kündigung

Wenn bei der →**versicherten Person** zum Zeitpunkt der Kündigung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten vorliegt, bleiben Ansprüche aus Ihrer Versicherung aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bestehen. Die laufende Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (siehe Ziffer 1.1) wird bei Kündigung weitergezahlt.

(2) Keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zum Zeitpunkt der Kündigung

Die Versicherung erlischt, wenn bei der →**versicherten Person** zum Zeitpunkt der Kündigung keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten vorliegt.

(3) Folgen der Kündigung

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, zahlen wir im Falle einer Kündigung - soweit vorhanden - den nach den Absätzen 4 bis 6 errechneten Betrag.

(4) Auszahlung des Ansammlungsbonus

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, zahlen wir zum Kündigungstermin das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

(5) Schlussüberschussanteil

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, kann zu dem Betrag nach Absatz 4 ein Schlussüberschussanteil hinzukommen (siehe Ziffer 2.2.4).

(6) Bewertungsreserven

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, kann sich der Betrag nach Absatz 4 gegebenenfalls um die Ihrer Versicherung zugeteilten →**Bewertungsreserven** erhöhen (siehe Ziffer 2.3).

10. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

Hier finden Sie zahlreiche Gestaltungsmöglichkeiten Ihrer Versicherung. Sie sind an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Wenn

Sie eine Gestaltungsmöglichkeit ausüben, kann sich dies auf die Höhe der Versicherungsleistungen auswirken. Die Ziffern 10.6 und 10.7 gelten nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Inhalt dieses Abschnitts:

- 10.1 Wann können Sie Ihre versicherten Leistungen ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?**
10.2 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern?
10.3 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln?
10.4 Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen?
10.5 Wann können Sie die Beitragszahlung bei Wegfall der Entgeltfortzahlung aussetzen?
10.6 Wie können Sie mit dem Ansammlungsbonus Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erhöhen?
10.7 Wann kann ein Wechsel der Überschussverwendungsart vorgenommen werden?
10.8 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" einschließen?
10.9 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" ausschließen?

10.1 Wann können Sie Ihre versicherten Leistungen ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

(1) Anlassunabhängige Erhöhung Ihrer Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Sie können verlangen, dass Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn ohne erneute Risikoprüfung erhöht wird. Eine Erhöhung ist nicht möglich, wenn

- die →**versicherte Person** in dem dem Erhöhungstermin vorangegangenen Jahr länger als 14 Kalendertage durchgehend außerstande war, ihre Berufstätigkeit auszuüben oder
- Ihre Versicherung mit vereinfachter Risikoprüfung zustande gekommen ist oder
- Ihre Versicherung aufgrund der Erhöhung einer anderen Versicherung oder durch Umwandlung oder Ersetzung einer anderen Versicherung ohne erneute Risikoprüfung zustande gekommen ist.

Die Erhöhung ist nur zulässig, wenn die jährliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach der Erhöhung 60.000 EUR nicht überschreitet.

(2) Anlassabhängige Erhöhung Ihrer Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Sie können Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten ohne erneute Risikoprüfung bei folgenden Anlässen erhöhen, wenn Sie die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten seit Eintritt des Anlasses verlangen:

- a) Geburt eines Kindes der →**versicherten Person** oder die Adoption eines Minderjährigen durch die versicherte Person;
- b) Beendigung der Berufsausbildung oder Start in das Berufsleben der versicherten Person;
- c) Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der versicherten Person, wenn die selbstständige Tätigkeit die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert;
- d) Aufnahme eines Darlehens der versicherten Person zur Finanzierung einer Immobilie, die mindestens einen Wert von 100.000 EUR hat;

e) Heirat der versicherten Person;

f) Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person, sofern diese nicht in eine Ehe umgewandelt wird;

g) Erhöhung des Einkommens der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen:

Wenn die →**versicherte Person** Arbeitnehmer ist, muss das jährliche Bruttoarbeitseinkommen (ohne variable Gehaltsbestandteile) im Vergleich zum vorangegangenen Kalenderjahr um mindestens 10 Prozent erhöht sein.

h) Die →**versicherte Person** hat erfolgreich eine Meisterprüfung abgeschlossen;

i) Die versicherte Person erhält Prokura;

j) Das Bruttoarbeitseinkommen der versicherten Person überschreitet erstmals die Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung für Deutschland West;

k) Ende der Pflichtmitgliedschaft der versicherten Person in einem berufsständischen Versorgungswerk;

l) Wegfall eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen die versicherte Person verfallbare Versorgungsansparungen hatte, unter folgender Voraussetzung:

Die →**versicherte Person** befindet sich in einem neuen, ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.

m) Beitragsfreistellung eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen der →**versicherten Person** verfallbare oder unverfallbare Versorgungsansprüche zustehen, unter folgenden Voraussetzungen:

- Die →**versicherte Person** führt den Vertrag auf betriebliche Altersversorgung nicht als Privatvertrag mit eigenen Beiträgen fort.
- Die →**versicherte Person** befindet sich in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.

(3) Weitere Voraussetzungen

Darüber hinaus gilt für eine Erhöhung:

- Die →**versicherte Person** darf bei einer Erhöhung nach Absatz 1 →**rechnungsmäßig** höchstens 40 Jahre alt sein.
- Die →**versicherte Person** darf bei einer Erhöhung nach Absatz 2 →**rechnungsmäßig** höchstens 45 Jahre alt sein.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 8.1 beitragsfrei gestellt.
- Bei der →**versicherten Person** liegt keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vor.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Erhöhung.

(4) Grenzen

Für die Erhöhung der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten ohne erneute Risikoprüfung gelten folgende Grenzen:

- Die jährliche Rente muss sich um mindestens 600 EUR erhöhen.
- Die jährliche Rente darf sich um höchstens 6.000 EUR erhöhen.
- Mehrere Erhöhungen dürfen für alle für die →**versicherte Person** bestehenden Renten insgesamt 12.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten.
- Alle für die →**versicherte Person** bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten müssen insgesamt in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Bei einem Bruttoarbeitseinkommen bis 60.000 EUR jährlich dürfen die Renten insgesamt nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens betragen; bei einem höheren Bruttoarbeitseinkommen der →**versicherten Person** dürfen sämtliche bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten insgesamt die Summe von 70 Prozent von 60.000 EUR zu-

züglich 50 Prozent von dem 60.000 EUR übersteigenden Teil des Bruttoarbeitseinkommens nicht überschreiten. Als Bruttoarbeitseinkommen gilt dabei das durchschnittliche Bruttoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre.

(5) Auswirkungen

Auch für die erhöhte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten gelten die Abänderungen und die weiteren besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes, die im Versicherungsschein dokumentiert sind. Soweit dort nichts anderes geregelt ist, gelten für die Berechnung der erhöhten Rente bei körperlichen oder geistigen Fähigkeiten die Regelungen nach Ziffer 1.5 Absatz 2. Bisher angesetzte Beitragszuschläge können wir entsprechend erheben.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

10.2 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern?

Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die →**versicherte Person** Mitglied ist, erhöht wird, können Sie verlangen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung um die Zeitspanne verlängert wird, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend.

(1) Voraussetzungen

- Sie verlangen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die →**versicherte Person** Mitglied ist.
- Die →**versicherte Person** darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 8.1 beitragsfrei gestellt.
- Die →**versicherte Person** hat noch keine Leistungen aus der KörperSchutzPolice erhalten.

(2) Auswirkungen

Ihre Leistungen bleiben unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen zugrunde legen.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

10.3 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln?

Sie können verlangen, dass Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umgewandelt wird. Eine Risikoprüfung nehmen wir nicht vor. Sie müssen uns jedoch Angaben zur ausgeübten beruflichen Tätigkeit der →**versicherten Person** machen. Wenn Sie bei einer Umwandlung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice in einen Nichtraucherstatus wechseln möchten, müssen Sie uns Angaben zum Rauchverhalten der →**versicherten Person** machen.

Bei einer privaten Fortführung des Vertrags durch die →**versicherte Person** entfällt die Möglichkeit einer Umwandlung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice.

(1) Voraussetzungen

Eine Umwandlung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice ist möglich nach dem Eintreten eines der folgenden Ereignisse:

- erstmaliger Abschluss eines unbefristeten oder für mindestens ein Jahr befristeten Arbeitsvertrags durch die →**versicherte Person** im Anschluss an den erfolgreichen Abschluss eines Studiums oder
- erstmaliger Abschluss eines unbefristeten oder für mindestens ein Jahr befristeten Arbeitsvertrags durch die versicherte Person im Anschluss an den erfolgreichen Abschluss einer Berufsausbildung oder
- bestandene Meisterprüfung der versicherten Person.

Sie können die Umwandlung innerhalb von 12 Monaten nach dem Eintreten des Ereignisses verlangen. Zwischen Ihrem Umwandlungsverlangen und dem Umwandlungstermin dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen.

(2) Weitere Voraussetzungen

- Die bestehende KörperschutzPolice wurde ohne Erschwernisse (insbesondere ohne Leistungseinschränkungen, Beitrags- oder Risikozuschläge) abgeschlossen. Bei Vertragsabschluss wurde der beantragte Einschluss des Leistungsauslösers "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" nach Ziffer 1.2 Absatz 6 oder des Leistungsauslösers "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" nach Ziffer 1.2 Absatz 7 nicht abgelehnt.
- Die Umwandlung können Sie frühestens ab dem 5. Versicherungsjahr verlangen.
- Die →**versicherte Person** darf bei Abschluss der neuen Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice rechnerisch höchstens 30 Jahre alt sein.
- Die →**versicherte Person** übt einen Beruf aus, der nach unseren Grundsätzen gegen Berufsunfähigkeit versicherbar ist.
- Die Versicherungsdauer der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice darf höchstens so lang sein wie die restliche Versicherungsdauer der KörperSchutzPolice. Für die Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice gilt die zeitliche Höchstgrenze für den zum Umwandlungszeitpunkt von der →**versicherten Person** ausgeübten Beruf, die wir bei neu abzuschließenden Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolicen verwenden.
- Die Umwandlung können Sie nur während der Versicherungsdauer der KörperSchutzPolice verlangen.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 8.1 beitragsfrei gestellt.
- Bei der →**versicherten Person** liegt keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vor.
- Die →**versicherte Person** ist zum Zeitpunkt der Umwandlung nicht berufsunfähig nach den dann gültigen Versicherungsbedingungen der neuen Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Umwandlung.

(3) Grenzen

- Wenn Sie Ihre KörperSchutzPolice teilweise in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln möchten, müssen die Berufsunfähigkeitsrente der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice und die Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der KörperSchutzPolice jeweils mindestens 600 EUR jährlich betragen.
- Die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice muss mit der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der KörperSchutzPolice bzw. des umzuwandelnden Teils der KörperSchutzPolice übereinstimmen.
- Die vereinbarte jährliche Berufsunfähigkeitsrente der neuen Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice darf eine Höhe von 18.000 EUR nicht überschreiten.

(4) Auswirkungen

- Wenn Sie die KörperSchutzPolice vollständig in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln, erlischt diese.
- Wenn Sie die KörperSchutzPolice teilweise in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln, verringern sich die Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten sowie der Beitrag der KörperSchutzPolice nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.
- Die Beiträge der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice können sich gegenüber der KörperSchutzPolice ändern und sind

unter anderem abhängig vom Eintrittsalter zum Zeitpunkt der Umstellung und der Höhe der Berufsunfähigkeitsrente.

- Die Beiträge für die Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen festgelegt. Es gelten hierfür die Regelungen der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen".
- Nach der Umstellung der Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen für die Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

10.4 Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen?

(1) Stundung der Beitragszahlung

Wenn Ihr Vertrag bereits ein Jahr besteht, können Sie eine zinslose Stundung der Beiträge über einen zusammenhängenden Zeitraum von längstens 2 Jahren verlangen. Die Stundung der Beiträge ist anlassunabhängig möglich, wenn die Versicherungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt. In den letzten 5 Jahren der Versicherungsdauer ist eine Stundung der Beiträge nur möglich, wenn die →**versicherte Person** arbeitslos ist und der Vertrag privat fortgeführt wird, oder wenn sich die versicherte Person in Kurzarbeit oder in Elternzeit befindet.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen. Nach Ablauf des Zeitraums der Stundung wird Ihre Versicherung beitragspflichtig fortgeführt.

Eine erneute Stundung der Beitragszahlung ist nur möglich, wenn die gestundeten Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen wurden.

(2) Nachweis der Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit

Wenn Sie in den letzten 5 Jahren der Versicherungsdauer eine Stundung der Beiträge wegen Kurzarbeit oder Elternzeit der →**versicherten Person** verlangen oder die versicherte Person eine Stundung der Beiträge wegen Arbeitslosigkeit verlangt, benötigen wir einen entsprechenden Nachweis, zum Beispiel einen Bescheid der zuständigen Agentur für Arbeit. Sobald die →**versicherte Person** nicht mehr arbeitslos ist, muss die versicherte Person uns hierüber unverzüglich informieren. Sobald sich die →**versicherte Person** nicht mehr in Kurzarbeit oder Elternzeit befindet, müssen Sie uns hierüber unverzüglich informieren.

(3) Nachzahlung der gestundeten Beiträge

Wenn der Stundungszeitraum abgelaufen ist, müssen Sie die in diesem Zeitraum gestundeten Beiträge in einem Betrag oder verteilt auf höchstens 48 Monate nachzahlen. Wenn Sie Ihre Versicherung während des Stundungszeitraums kündigen, müssen Sie die bis zum Eingang der Kündigung gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Wenn die →**versicherte Person** den Vertrag bei Arbeitslosigkeit privat fortführt, muss sie nach Ablauf des Stundungszeitraums die in diesem Zeitraum gestundeten Beiträge in einem Betrag oder verteilt auf höchstens 48 Monate nachzahlen. Zahlen Sie oder bei privater Fortführung des Vertrags die →**versicherte Person** die ausstehenden Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung bei der vereinbarten Überschussverwendungsart Überschussrente durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Annullationsbonus vereinbart haben, finanzieren wir die ausstehenden Beiträge aus dem →**Deckungskapital** des Annullationsbonus. Reicht das →**Deckungskapital** des Annullationsbonus zur Deckung der ausstehenden Beiträge nicht aus, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Wird nach Herabsetzung die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, führen wir Ihre Versicherung unter der Voraussetzung weiter, dass Sie von Ihrem Recht auf Abfindung nach § 3 Absatz 2

Satz 1 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) keinen Gebrauch machen. Machen Sie von Ihrem Recht auf Abfindung nach § 3 Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) Gebrauch, erlischt die Versicherung und wir zahlen, soweit vorhanden, den nach Ziffer 8.1 Absatz 3 berechneten Betrag.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums werden wir Sie über den nachzuzahlenden Betrag informieren. Bei einer privaten Fortführung des Vertrags wegen Arbeitslosigkeit der **→versicherten Person**, werden wir die versicherte Person nach Ablauf des Stundungszeitraums über den nachzuzahlenden Betrag informieren.

10.5 Wann können Sie die Beitragszahlung bei Wegfall der Entgeltfortzahlung aussetzen?

(1) Befristete Aussetzung der Beitragszahlung

Bei Arbeitsunfähigkeit der **→versicherten Person** können Sie nach dem Wegfall der Entgeltfortzahlung die Beitragszahlung befristet bis zu 6 Monaten aussetzen. Die Höhe der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten ändert sich hierdurch nicht.

Nach Ablauf des befristeten Aussetzens der Beitragszahlung wird die Versicherung beitragspflichtig fortgesetzt. Die ausgesetzten Beiträge müssen nicht nachgezahlt werden.

Bei einer privaten Fortführung des Vertrags durch die **→versicherte Person** entfällt die Möglichkeit eines befristeten Aussetzens der Beitragszahlung.

(2) Nachweis des Wegfalls der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie ein befristetes Aussetzen der Beitragszahlung wegen des Wegfalls der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit der **→versicherten Person** verlangen, benötigen wir einen entsprechenden Nachweis.

Sobald die **→versicherte Person** wieder arbeitsfähig ist, müssen Sie uns hierüber unverzüglich informieren.

10.6 Wie können Sie mit dem Ansammlungsbonus Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erhöhen?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Sie können Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Anerkennung unserer Leistungspflicht durch das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus erhöhen. Eine anteilige Verwendung des Ansammlungsbonus ist nicht möglich. Die erhöhte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

10.7 Wann kann ein Wechsel der Überschussverwendungsart vorgenommen werden?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Bei einer privaten Fortführung des Vertrags durch die **→versicherte Person** kann ein Wechsel von der Überschussverwendungsart Ansammlungsbonus zur Überschussverwendungsart Überschussrente vorgenommen werden. Ab dem Zeitpunkt der Umstellung auf die Verwendung der Überschussanteile für die Überschussrente werden keine neuen Überschussanteile zur Finanzierung einer Erhöhung des Ansammlungsbonus verwendet.

Wenn Sie bei Vertragsschluss einen Ansammlungsbonus vereinbart hatten, bleibt nach dem Wechsel zur Überschussrente das bisher erreichte **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus erhalten. Wir beteiligen Sie weiterhin an den Zinsüberschüssen des Ansammlungsbonus (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 2 b) Unterabsatz dd)) sowie an den **→Bewertungsreserven** (siehe Ziffer 2.3.1 Absatz 2). Bei Vertragsende kann ein Schlussüberschussanteil (siehe Ziffer 2.2.4) hinzukommen. Für den Ansammlungsbonus fallen weiterhin Verwaltungskosten (**→Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des **→Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus an (siehe Ziffer 7.1 Absatz 2 c)).

Für das bestehende **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus können Sie weiterhin Ihre vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten nach Ziffer 10.5 ausüben.

Bei Kündigung, bei Ablauf der Versicherung oder bei Tod vor Ablauf der Versicherung zahlen wir das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus zuzüglich Schlussüberschussanteil und **→Bewertungsreserven** aus.

10.8 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" einschließen?

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" nicht bereits bei Vertragsabschluss zusätzlich vereinbart haben, können Sie diese nachträglich während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung einschließen. Wir nehmen vor dem Einschluss eine Risikoprüfung vor.

Bei einer privaten Fortführung des Vertrags durch die **→versicherte Person** entfällt die Möglichkeit eines nachträglichen Einschlusses eines oder beider der genannten Leistungsauslöser.

(1) Voraussetzungen

- Die **→versicherte Person** darf **→rechnungsmäßig** höchstens 54 Jahre alt sein.
- Das Ergebnis der durchzuführenden Risikoprüfung lässt den Einschluss eines oder beider der genannten Leistungsauslöser zu.
- Die Versicherung ist nicht nach Ziffer 8.1 beitragsfrei gestellt.
- Bei der **→versicherten Person** liegt keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vor.

(2) Auswirkungen

Durch den Einschluss eines oder beider der genannten Leistungsauslöser erhöht sich der Beitrag. Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

10.9 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" ausschließen?

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" zusätzlich vereinbart haben und für Ihre Versicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie einen oder beide der genannten Leistungsauslöser nachträglich ausschließen.

Der von Ihnen gewünschte Ausschluss eines oder beider der genannten Leistungsauslöser ist uns in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) mitzuteilen.

Bei einer privaten Fortführung des Vertrags durch die →**versicherte Person** entfällt die Möglichkeit eines nachträglichen Ausschlusses eines oder beider der genannten Leistungsauslöser.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

11. Abänderungen zur KörperSchutzPolice E230 (FID)

Zu Ihrem Vertrag sind eine oder mehrere der nachfolgenden Abänderungen vereinbart.

Welche Abänderungen für Ihren Vertrag vereinbart sind, können Sie Ihrem Versicherungsschein oder Ihrer Versicherungsbescheinigung entnehmen.

Für die einzelnen Abänderungen gilt Folgendes:

Abänderung KSP2: Die Versicherung ist innerhalb eines Gruppenvertrags abgeschlossen.

Die Worte "Versicherung" und "Vertrag" beziehen sich insbesondere hinsichtlich der vereinbarten Rente und der Fristen auf die einzelnen (Teil-)Versicherungen, nicht aber auf den Gruppenvertrag.

Ziffer 9 wird ergänzt durch:

"9.3 Was gilt bei Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag?"

Scheidet die →**versicherte Person** aus dem Gruppenvertrag aus, so erlischt die Versicherung, wenn die versicherte Person sie nicht innerhalb von 3 Monaten als Einzelversicherung fortsetzt. Erlischt die Versicherung, so gilt Absatz 9.2 entsprechend."

Abänderung KSP3: Die Versicherung ist als KörperSchutzPolice mit dynamischem Zuwachs abgeschlossen.

(1) Nach welchem Maßstab erfolgt die Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen?

Der Beitrag für die Versicherung erhöht sich um den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags. Die Höhe des Prozentsatzes legen Sie bei Abschluss des Vertrages fest.

Wenn Sie einen Vertrag mit Besteuerung nach § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) abgeschlossen haben, ist der Gesamtbeitrag auf den vereinbarten Höchstbetrag begrenzt. Diesen können Sie der Versicherungsbescheinigung bzw. dem Versicherungsschein entnehmen.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung. Die Versicherungsleistungen werden nicht im selben Verhältnis erhöht wie der Beitrag. Die Erhöhung errechnet sich nach den am Erhöhungstermin erreichten Vertragsdaten, insbesondere dem Alter der →**versicherten Person**, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Es gelten hierfür die Regelungen nach Ziffer 1.5 Absatz 2.

(2) Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger als bis die →**versicherte Person** das →**rechnungsmäßige Alter** von 55 Jahren erreicht hat. Die letzte Erhöhung ist in jedem Fall spätestens 3 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer möglich.

(3) Bis zu welcher Grenze können die Versicherungsleistungen erhöht werden?

Die Höhe der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten muss in einem angemessenen Verhältnis zum Bruttoarbeitseinkommen der →**versicherten Person** stehen. Wenn die Summe aller bei der Allianz Lebensversicherungs-AG versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der →**versicherten Person** 40.000 EUR im Jahr übersteigt, ist Voraussetzung für eine wirksame Erhöhung, dass die Summe aller zu diesem Zeitpunkt versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der versicherten Person nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens im letzten Kalenderjahr vor der Erhöhung beträgt. Damit uns dies bestätigt werden kann, schreiben wir Sie rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin an. Solange uns diese Bestätigung nicht vorliegt, kann die Erhöhung nicht durchgeführt werden.

Es sind die versicherten Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und die versicherten Berufsunfähigkeitsrenten aus Verträgen der →**versicherten Person** bei uns und bei anderen privaten Versicherern zu berücksichtigen. Renten bzw. Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus berufsständischen Versorgungswerken zählen nicht dazu.

(4) Welche sonstigen Bestimmungen gelten für Ihren Beitrag und für die Erhöhungen?

Alle im Rahmen des Vertrags getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Vertrag setzt die in Teil B, Ziffer 1 hinsichtlich der Verletzung der Anzeigepflicht genannte Frist nicht erneut in Lauf.

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die beitragsfreien Versicherungsleistungen und der Abzug nicht mehr der in Ihren Versicherungsinformationen enthaltenen Tabelle entnommen werden.

(5) Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Sie können ohne Angabe von Gründen die Erhöhung beliebig oft aussetzen. Unterbliebene Erhöhungen können Sie nur mit unserer Zustimmung nachholen.

Wenn Sie bei Ihrer Versicherung eine Stundung der Beiträge verlangen, erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

Wenn Sie bei Ihrer Versicherung eine Aussetzung der Beitragszahlung bei Wegfall der Entgeltfortzahlung verlangen, erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

Es erfolgen keine Erhöhungen, wenn wir eine Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zahlen und wir Sie von der Beitragszahlungspflicht befreit haben. Erhöhungen, die nach dem Termin, ab dem Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden müssen, aber noch vor Anerkennung der Leistungspflicht durchgeführt worden sind, werden rückgängig gemacht.

Abänderung KSP4: Vereinbarte garantiert steigende Rente

Wenn Sie für die Dauer der Zahlung der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten eine garantiert steigende Rente vereinbart haben, erhöht sich die Garantierente jährlich zum Jahrestag des Versicherungsbeginns. Die Erhöhung ist in Prozent der im Vorjahr gezahlten Garantierente festgelegt.

Abänderung KSP5: Zu der Versicherung sind abweichende Rechnungsgrundlagen vereinbart.

Ziffer 1.5 Absatz 1 wird ersetzt durch:

"(1) Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss

Bei Abschluss Ihres Vertrags verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:

- die Sterbetafel "AZ 2021 GF TA" (→ **Tafeln**),
- unsere unternehmenseigene vom Geschlecht abhängige Tafel "AZ 2021 GF I" für die Eintrittswahrscheinlichkeiten einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 (→ **Tafeln**),
- unsere unternehmenseigenen vom Geschlecht abhängigen Tafeln "AZ 2012 GF TI" und "AZ 2012 GF RI" für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Beeinträchtigten und die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten (→ **Tafeln**),
- den → **Rechnungszins** 0,25 Prozent und
- die → **Kosten** der KörperSchutzPolice (siehe dazu Ziffer 7.1)."

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Hier finden Sie wesentliche bausteinübergreifende Pflichten und Obliegenheiten. Weitere Pflichten und Obliegenheiten finden Sie in Teil A. Die Regelungen in Teil B gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

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.

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

b) Anzeigepflicht der versicherten Person

Wenn eine andere Person als Sie versichert werden soll, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der in Textform gestellten Fragen verantwortlich.

c) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei einer Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus den §§ 19 bis 22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

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.

Wir verzichten auf die uns nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustehenden Rechte zur Vertragsänderung und Kündigung, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

b) Rückkaufswert und Abzug bei Rücktritt oder Anfechtung

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten, zahlen wir den Rückkaufswert, der auch im Falle Ihrer Kündigung gezahlt würde. Von diesem Betrag nehmen wir einen Abzug vor. In Ihren Versicherungsinformationen ist festgelegt, in welcher Höhe wir einen Abzug vornehmen. Dort erläutern wir Ihnen auch die Gründe für diesen Abzug. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Die Angemessenheit müssen wir im Streitfall darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

c) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen, wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 5 Jahre vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn wir von der Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangen,

der vor Ablauf der Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre vergangen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Erweiterung oder Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Schriftformerfordernis

Die Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

(6) Empfangsvollmacht

Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine von uns abgegebene Erklärung entgegenzunehmen. Wenn auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden ist oder sein Aufenthalt nicht ermittelt werden kann, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Den Beitrag für Ihre Versicherung müssen Sie

- in einem einmaligen Beitrag zahlen oder
- als laufende Beiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode. In diesem Fall kann die Zahlungsperiode je nach Vereinbarung einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Wir geben sie im Versicherungsschein an. Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode kalkuliert. Die Versicherungsperiode (§ 12 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) entspricht somit der vereinbarten Zahlungsperiode.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster oder einmaliger Beitrag

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass

der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge

Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten der vereinbarten Zahlungsperiode fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn eine Zahlung im Lastschriftverfahren (siehe Absatz 5) vereinbart ist, ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Zahlung im Lastschriftverfahren

a) SEPA-Lastschriftmandat

Wenn der Beitrag von einem Konto eingezogen werden soll (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden.

b) Folgen eines fehlgeschlagenen Lastschrifteinzugs

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, gelten die Regelungen zum Verzug (siehe Ziffern 2.2 und 2.3).

2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1). Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz daher erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug. In diesem Fall sind wir berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns hierdurch entstanden ist.

Sie geraten nicht in Verzug, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

(3) Wegfall oder Minderung des Versicherungsschutzes bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Beitrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

3. Weitere Mitwirkungspflichten

Welche weiteren Mitwirkungspflichten haben Sie?

(1) Pflicht zur Übermittlung notwendiger Informationen, Daten und Unterlagen

Wenn wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn sich nachträglich Änderungen zu den von Ihnen bei Vertragsabschluss oder auf Nachfrage zur Verfügung gestellten Informationen, Daten und Unterlagen ergeben.

Wenn ein Dritter Rechte an Ihrem Vertrag hat und auch dessen Status für Datenerhebungen und Meldungen entscheidend ist, sind Sie auch insoweit zur Mitwirkung verpflichtet.

(2) Notwendige Informationen

Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind alle 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 vor allem die deutsche oder ausländische steuerliche Ansässigkeit, die Steueridentifikationsnummer, das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

(3) Unterlassene Mitwirkung bei gesetzlicher Meldepflicht

Wenn für uns als Versicherer eine gesetzliche Meldepflicht besteht, müssen wir die notwendigen Informationen im Sinne von Absatz 2 an in- oder ausländische Steuerbehörden melden. Wenn Sie uns dann die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie ungeachtet einer bestehenden oder nicht bestehenden steuerlichen Ansässigkeit im Ausland damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

Wenn Sie Ihren Mitwirkungspflichten nach den Absätzen 1 und 2 nicht nachkommen, sind wir berechtigt, unsere Leistung zurückzubehalten. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

4. Abänderungen zum Teil B

Zu Ihrem Vertrag sind eine oder mehrere der nachfolgenden Abänderungen vereinbart.

Welche Abänderungen für Ihren Vertrag vereinbart sind, können Sie Ihrem Versicherungsschein oder Ihrer Versicherungsbescheinigung entnehmen.

Für die einzelnen Abänderungen gilt Folgendes:

Abänderung B1: Die Versicherung ist innerhalb eines Gruppenvertrags abgeschlossen.

Bei Gruppenverträgen treten die vorher in den Ziffern 2.2 und 2.3 genannten Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug für den Gruppenvertrag ein, selbst wenn nur ein Teilrückstand besteht.

Abänderung B2: Die Versicherung dient der Übernahme einer oder mehrerer Versorgungszusage(n) in den Fällen der Liquidation eines Unternehmens - hier des Versicherungsnehmers (§ 4 Abs. 4 BetrAVG i.V.m. § 3 Nr. 65 b) EStG).

Ziffer 2.1 Absatz 1 wird ersetzt durch:

“(1) Zahlungsperiode

Den Beitrag für Ihre Versicherung müssen Sie in einem einmaligen Beitrag zahlen.”

Ziffer 2.1 Absatz 2 b) entfällt.

Ziffer 2.3 entfällt.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Die Regelungen in Teil C gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem genannten Zeitpunkt nur dann, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen. Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gilt Absatz 1 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Versicherungsschein

Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Wir können den Inhaber des Versicherungsscheins 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 des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. Adressaten für Beschwerden

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann für Versicherungen

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann für Versicherungen durchzuführen (**Anschrift: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de; Website: www.versicherungsombudsmann.de**). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. Das Verfahren kann nur von Verbrauchern durchgeführt werden. Der Beschwerdewert darf 100.000 EUR nicht übersteigen. Bei Be-

schwerden über einen Versicherungsvermittler oder -berater können Sie sich unabhängig vom Beschwerdewert an den Ombudsmann wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag. Entscheidet der Ombudsmann zu Ihren Gunsten, sind wir an diese Entscheidung gebunden, sofern der Beschwerdewert 10.000 EUR nicht überschreitet.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (zum Beispiel über eine Website oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (**Website: www.ec.europa.eu/consumers/odr/**) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann für Versicherungen weitergeleitet.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn; E-Mail: poststelle@bafin.de; Website: www.bafin.de**. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

5. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen gegen uns

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Sie können auch bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die vertraglich nicht ausgeschlossen werden dürfen, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für Klagen gegen Sie

Klagen aus dem Versicherungsvertrag müssen wir bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz. Ist deren Geschäftssitz unbekannt, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für un-

seren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

(3) Zuständiges Gericht, wenn Sie außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz wohnen

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsschluss in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Abänderung C2: Die Versicherung dient der Übernahme einer oder mehrerer Versorgungszusage(n) in den Fällen der Liquidation eines Unternehmens - hier des Versicherungsnehmers (§ 4 Abs. 4 BetrAVG i.V.m. § 3 Nr. 65 b) EStG).

Ziffer 1 Absatz 2 entfällt.

6. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren nach § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

7. Informationen während der Vertragslaufzeit

Sie erhalten jährlich, ab dem 2. Versicherungsjahr bis zum Beginn der Leistungsphase, eine Mitteilung, der Sie die Höhe der Versicherungsleistung und bei einem Baustein Altersvorsorge zusätzlich den Stand des Kapitals entnehmen können. Der versicherten Person werden wir gesondert jährlich eine Mitteilung zukommen lassen.

Sie und die versicherte Person können diese Auskunft auch jederzeit auf Wunsch erhalten.

8. Abänderungen zum Teil C

Zu Ihrem Vertrag sind eine oder mehrere der nachfolgenden Abänderungen vereinbart.

Welche Abänderungen für Ihren Vertrag vereinbart sind, können Sie Ihrem Versicherungsschein oder Ihrer Versicherungsbescheinigung entnehmen.

Für die einzelnen Abänderungen gilt Folgendes:

Abänderung C1: Die Versicherung ist innerhalb eines Gruppenvertrags abgeschlossen.

Bei Gruppenverträgen bezieht sich der Beitrag auf den Anfangsbestand des Gruppenvertrags.

Ziffer 7 Satz 2 wird ersetzt durch:

"Nach unseren vertraglichen Vereinbarungen müssen Sie diese Mitteilung an die versicherte Person weitergeben."

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier definieren wir wichtige Fachausdrücke. Im Text haben wir diese Fachausdrücke mit einem "→" markiert. Beispiel: →**Versicherungsnehmer**.

Bankarbeitstag:

Bankarbeitstage, auch Geschäftstage genannt, sind die Tage, an denen Kreditinstitute in Deutschland für den Publikumsverkehr geöffnet sind. Montag bis Freitag sind in der Regel Bankarbeitstage. Wochenenden und bundeseinheitliche Feiertage sowie der 24.12. und 31.12. sind keine Bankarbeitstage.

Bewertungsreserven:

Bei der Bewertung unserer Kapitalanlagen können Bewertungsreserven entstehen. Diese ergeben sich, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und ermöglichen es, kurzfristige Schwankungen auf den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bezugsgröße:

Für die Beschreibung der jeweiligen Bezugsgrößen, auf die sich die Überschussanteilsätze beziehen, verwenden wir versicherungsmathematische Begriffe. Die Bezugsgrößen hängen vor allem vom vereinbarten Beitrag, von der Höhe der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, vom Alter der versicherten Person und von der Rentenzahlungsdauer ab. Wir ermitteln die Bezugsgrößen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Deckungskapital:

Das Deckungskapital der Versicherung wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet.

Deckungsrückstellung:

Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren Versicherungsnehmern Deckungsrückstellungen zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können. Die Deckungsrückstellung wird entsprechend der Vorschriften der §§ 341 e und f des Handelsgesetzbuches (HGB) und der Deckungsrückstellungsverordnung berechnet.

ICD-10:

Das ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist ein weltweit einheitlicher Katalog von Krankheitsbildern und Diagnosekriterien. Das ICD-10 wird von der WHO aktuell in der 10. Ausgabe (ICD-10) herausgegeben.

Kosten:

Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind die Kosten, welche in der Beitragskalkulation berücksichtigt wurden (Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten). Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere Verwaltungskosten. Zu den Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gehören außerdem die Kosten, die aus von Ihnen veranlassten Gründen erhoben werden können.

Rechnungsmäßiges Alter:

Das rechnungsmäßige Alter ist das jeweilige Alter der versicherten Person - wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind. Beispiel: Sie sind rechnerisch bereits dann 62 Jahre alt, wenn Sie in weniger als 6 Monaten Ihren 62. Geburtstag haben.

Rechnungszins:

Der Rechnungszins ist der Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung:

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ist eine versicherungstechnische Rückstellung im Jahresabschluss eines Versichers. Diese Rückstellung bildet den handelsrechtlichen Wert der

Ansprüche der Versicherungsnehmer auf künftige Überschussbeteiligung. Sie ermöglicht es, Schwankungen - wie sie insbesondere bei Kapitalerträgen häufig vorkommen - im Zeitverlauf auszugleichen.

Tafeln:

Mit Tafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Ereignisse ermitteln. Sie sind Grundlage unserer Berechnungen, mit denen wir die Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen sicherstellen können.

- Mit Sterbetafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für Todesfälle ermitteln.
- Mit weiteren Tafeln können wir Wahrscheinlichkeiten anderer Versicherungsfälle wie zum Beispiel für den Eintritt einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten oder den Eintritt einer schweren Krankheit ermitteln. Wir können außerdem Wahrscheinlichkeiten bestimmter Ereignisse feststellen, wie zum Beispiel für den Reaktivierungsfall.

Teilungskosten:

Teilungskosten sind die Kosten, die dem Versorgungsträger durch die interne Teilung entstehen. Die ausgleichspflichtige und die ausgleichsberechtigte Person tragen diese Kosten zu gleichen Teilen. Informationen zur Höhe der Teilungskosten können Sie Ihren Versicherungsinformationen entnehmen.

Überschussanteilsatz:

Die Überschussanteilsätze legen wir als Prozentsätze bestimmter Bezugsgrößen fest. Dies erfolgt jeweils für die einzelnen Überschuss- und Untergruppen sowie für die verschiedenen Arten der Überschussanteile (siehe Ziffer 2.2 Teil A - KörperSchutzPolice). Die Überschussanteilsätze werden jeweils in Prozent im Anhang unseres Geschäftsberichts genannt oder dem Versicherungsnehmer auf andere Weise mitgeteilt.

Verantwortlicher Aktuar:

Jedes Lebensversicherungsunternehmen muss einen Verantwortlichen Aktuar bestellen. Diese Person muss zuverlässig und geeignet sein sowie ausreichende Kenntnisse in der Versicherungsmathematik und Berufserfahrung haben. Der Verantwortliche Aktuar achtet insbesondere darauf, dass die Verpflichtungen gegenüber den Versicherungsnehmern dauerhaft erfüllt werden können und dass bei der Berechnung der Beiträge und der Deckungsrückstellungen die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden (§ 141 Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG).

Versicherte Person:

Die versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die KörperSchutzPolice genommen wird. Die versicherte Person muss nicht notwendigerweise der Versicherungsnehmer sein.

Versicherungsnehmer:

Der Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als Vertragspartner.

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

§ 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "Begriff der Pflegebedürftigkeit"

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

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

§ 15 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument"

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

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

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

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

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

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

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

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 (zu § 15)

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 vorhan- den
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 2 Wo- chen)	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 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental 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 parental 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.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen 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 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	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen 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 4 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	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	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 zweimal 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.K

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 zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien 5.13 bis 5.K 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	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien 5.13 bis 5.K 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 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - 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	Einhalten 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

Anlage 2 (zu § 15)**Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)****Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit 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 selbstständiger 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
7. Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägung bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						
8. Haushaltsführung							