

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Gothaer PflegeRent Invest - Fondsgebundene Pflegerentenversicherung (FC08-4 Deutschland)

Teil A: Leistungsbeschreibung

- § 1
Vertragstyp** Sie haben eine Fondsgebundene Pflegerentenversicherung abgeschlossen. Den Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 3 und 4.
- § 2
Versicherungsschutz - Kosten -
Fonds**
- (1) Im Pflegefall wandeln wir Ihr Fondsvermögen in eine Pflegerentenleistung um und zahlen eine Pflegerente sowie zu Beginn eine Einmalleistung in Höhe einer Pflegejahresrente (vgl. § 4 Abschnitt II). Im Todesfall nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlen wir die gezahlten Beiträge unverzinst zurück. Im Todesfall vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlen wir das um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen, mindestens jedoch die gezahlten, unverzinsten Beiträge (vgl. § 4 Abschnitt I).
 - (2) Unsere Leistungen erbringen wir grundsätzlich in Euro. Auf Wunsch übertragen wir Ihnen gegen Gebühr bei der Todesfalleistung vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen die Fondsanteile (Naturalleistung) auf ein Depotkonto Ihrer Wahl. Die Bewertung der Fondsanteile ergibt sich aus Anhang II. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.
 - (3) Ihre Beiträge investieren wir in die von Ihnen gewählten Fonds. Wir erheben keinen Ausgabeaufschlag.
 - (4) Die Kosten für den Versicherungsschutz, den Abschluss und die laufende Verwaltung Ihres Vertrages werden dem Fondsvermögen entnommen.
- § 3
Unsere Leistungen im Überblick**
- (1) Unsere Leistungen im Überblick:
 - Leistung im Todesfall
 - Leistung bei Pflegebedürftigkeit
 - (2) Beachten Sie bitte auch Teil B: §§ 1-2 zum Anlagerisiko und zur Vertragsüberprüfung.
- § 4
Unsere Leistungen im Einzelnen**
- I. Leistung im Todesfall**
- (1) Bei Tod der versicherten Person vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen zahlen wir das um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen, mindestens aber die gezahlten, unverzinsten Beiträge.
 - (2) Bei Tod der versicherten Person nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen zahlen wir die gezahlten Beiträge unverzinst zurück.
 - (3) Mit dem Tod der versicherten Person endet Ihr Vertrag.
- II. Leistung bei Pflegebedürftigkeit**
- (1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen wird im Anhang I definiert.
 - (2) Wird die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen, so veräußern wir Ihre Fondsanteile. Den Bewertungsstichtag für Ihre Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang II. Das Fondsvermögen wandeln wir in eine Pflegerentenleistung um und zahlen - vorbehaltlich der befristeten Anerkennung gem. Teil C: § 13 Abs. 2 - lebenslang eine Pflegerente in vereinbarter Höhe. Sie sind für diese Zeit von der Beitragszahlung befreit.
 - (3) Die Pflegerente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlweise - monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Rentenzahlung erfolgt dabei grundsätzlich zu Beginn der Rentenzahlungsperiode, wobei bei vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher Rentenzahlweise die erste Rentenzahlung anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode erfolgt. Die Rentenzahlung

lungsperioden beziehen sich nicht auf das Kalenderjahr, sondern auf das Versicherungsjahr.

- (4) Zusätzlich zahlen wir zeitgleich mit der ersten Rentenzahlung eine Einmalleistung in Höhe einer Pflegejahresrente.
- (5) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist. Bei verspäteter Meldung leisten wir bis zu drei Jahre ab Zeitpunkt der Meldung rückwirkend. Wenn die Verspätung der Meldung nicht auf das Verschulden des Versicherungsnehmers zurückzuführen ist, leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Pflegebedürftigkeit.
- (6) Beachten Sie bitte, dass der Anspruch auf die Pflegerente endet, wenn die versicherte Person stirbt.
- (7) Der Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit besteht weltweit, sofern nichts anderes vertraglich vereinbart wurde.

§ 5 Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen

I. Todesfall

- (1) Bei Selbsttötung der versicherten Person innerhalb von zwei Jahren nach Vertragsbeginn besteht kein Versicherungsschutz im Todesfall, es sei denn, dass uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. In jedem Fall zahlen wir jedoch den für den Zeitpunkt des Eingangs der Todesfallmitteilung berechneten Rückkaufswert.
- (2) Bei Tod der versicherten Person durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, bei denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf den für den Zeitpunkt des Eingangs der Todesfallmitteilung berechneten Rückkaufswert.
- (3) Bei Tod der versicherten Person durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder das vorsätzliche Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf den für den Zeitpunkt des Eingangs der Todesfallmitteilung berechneten Rückkaufswert, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

II. Pflegebedürftigkeit

Wir leisten nicht, wenn die Pflegebedürftigkeit unmittelbar oder mittelbar auf einer der folgenden Ursachen beruht:

- Kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte - wie z.B. der Polizei - :
Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätze im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätze unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätze unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential. Die Verwendung für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist von dieser Einschränkung nicht erfasst, sofern die versicherte Person dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.
- Vorsätzlicher Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen, vorsätzlicher Einsatz oder vorsätzliches Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.
- Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift.
- Selbstverstümmelungen, selbst herbeigeführte Erkrankungen, Selbsttötungsversuche oder vorsätzliche Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind.
- Vorsätzliche Ausführung oder der strafbare Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.
- Widerrechtliche Handlungen, mit denen Sie vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen herbeigeführt haben.
- Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr und Bekämpfung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde.

§ 6 Nachversicherung

- (1) Sie können die vereinbarten Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen, wenn ein naher Angehöriger der versicherten Person verstorben oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen geworden ist (Nachversicherung). Die Nachversicherung führt zu Beitragserhöhungen und erfolgt im Rahmen eines rechtlich und steuerlich selbstständigen Vertrages.
- (2) Nahe Angehörige gem. Absatz 1 sind der mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner bzw. ein Lebensgefährte, mit dem die versicherte Person in einer auf Dauer angelegten häuslichen Gemeinschaft lebt, sowie die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder der versicherten Person.
- (3) Die Nachversicherung ist nur möglich:
 - innerhalb von drei Monaten seit Eintritt eines der genannten Anlässe durch Vorlage entsprechender schriftlicher Nachweise, und
 - innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss, und
 - wenn die versicherte Person nicht pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist, und
 - wenn die letzte Nachversicherung mindestens 12 Monate zurückliegt.
- (4) Für die Nachversicherung gelten die folgenden Grenzen:
 - Die Versicherungsleistungen werden um höchstens 25 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen erhöht.
 - Bei mehreren Erhöhungen betragen die Versicherungsleistungen insgesamt höchstens 250 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
 - Die jährliche Pflegerente wird um höchstens 3.000 Euro erhöht.
 - Falls mehrere Erhöhungen stattfinden, darf die jährliche Pflegerente insgesamt um höchstens 6.000 Euro erhöht werden.

§ 7 Dynamische Erhöhungen Ihres Vertrages - Beitragserhöhungen ohne Gesundheitsprüfung

- (1) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung Ihres Vertrages erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig wird. Die Versicherungsleistungen können jedoch höchstens 250 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen betragen, es sei denn es wird eine erneute Risikoprüfung durchgeführt. Die Gebühr für eine Risikoprüfung entnehmen wir dem Fondsvermögen.
- (2) Sobald ein Anspruch auf Leistung wegen Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht, erlischt das Recht auf Erhöhungen.

§ 8 Überschussbeteiligung

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung).

I. Überschussermittlung

- (1) Die Überschüsse werden unter Berücksichtigung der Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sowie der dazu erlassenen Rechtsverordnungen ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.
- (2) Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung hängt vom Risikoverlauf sowie von der Entwicklung der Kosten ab. Prognosen über die weitere Entwicklung der Überschussbeteiligung sind über einen längeren Zeitraum nicht möglich. Wir können daher keine Aussage darüber machen, in welcher Höhe Überschüsse in Zukunft anfallen werden. Die Höhe der Überschüsse kann also nicht garantiert werden.
- (3) Verschiedene Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Deshalb haben wir gleichartige Versicherungen in Gruppen zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Bestandsgruppen erfolgt nach dem Umfang, in dem diese zu seiner Entstehung beigetragen haben.
- (4) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der fondsgebundenen Risikoversicherungen.

II. Zuteilung von Überschüssen

- (1) Die für jedes Kalenderjahr vorzunehmenden Festlegungen zur Höhe der einzelvertraglich zuzuwei-

senden Überschüsse erfolgen auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars durch unseren Vorstand und werden entsprechend den gesetzlichen Anforderungen im Geschäftsbericht veröffentlicht (Überschussdeklaration).

- (2) Die Überschüsse kommen Ihnen sofort zu Gute, so dass Sie frühzeitiger und in größerem Umfang von einer positiven Fondsentwicklung profitieren. Denn durch die sofortige Überschussbeteiligung finanzieren wir den Schutz im Todesfall und bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen sowie Kosten aus dem Fondsvermögen nur entsprechend unserem tatsächlichen Bedarf. Der tatsächliche Bedarf kann innerhalb von bestimmten Höchstgrenzen von Kalenderjahr zu Kalenderjahr schwanken. Über eine Änderung werden wir Sie in der Jährlichen Mitteilung informieren. Die Höchstgrenzen für die Kosten entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsunterlagen.
Die Kosten für den Schutz im Todesfall und bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen sind zudem vom Alter der versicherten Person, der Restlaufzeit Ihres Vertrages und von der Fondsentwicklung abhängig. Daher werden wir Sie über die Entnahmen in der Jährlichen Mitteilung informieren.
- (3) Bei Pflegebedürftigkeit zahlen wir eine jährlich steigende Gewinnrente. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der Pflegerente (inklusive Gewinnrente) des Vorjahres. Die Gewinnrente wird erstmals fällig, nachdem die Pflegebedürftigkeit mindestens ein volles Versicherungsjahr bestanden hat. Sie wird mit der Pflegerente ausgezahlt.

III. Beteiligung an Bewertungsreserven

- (1) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz unseres Jahresabschlusses ausgewiesen sind. Bewertungsreserven verändern sich im Zeitverlauf.
- (2) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie in den einzelnen Jahren des Bezuges einer Pflegerente nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig an den Bewertungsreserven. Entsprechende einzelvertragliche Zuweisungen erfolgen jeweils im Wege der jährlichen Überschusszuteilung. Die im Rahmen der Überschussdeklaration vorzunehmende Festlegung der Überschussanteilsätze für Verträge im Leistungsbezug berücksichtigt insoweit insbesondere die aktuelle Bewertungsreservensituation. Einzelheiten zum Verfahren enthält die Überschussdeklaration.
- (3) Während des Rentenbezugs auf Grund von Pflegebedürftigkeit wird aus der Beteiligung an den Bewertungsreserven eine zusätzliche Rente gebildet. Es gelten dabei die gleichen Regelungen wie für eine Gewinnrente.
- (4) Bei der Beteiligung an den Bewertungsreserven bleiben aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung unberührt.

Teil B: Der Fonds

§ 1 Anlagerisiko - Beitragsberechnung

- (1) Die tatsächliche Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens ist nicht vorhersehbar. Selbstverständlich haben Sie die Chance, bei Kurssteigerungen der Fondsanteile einen Wertzuwachs zu erzielen. Andererseits tragen Sie aber auch das Risiko von Kursrückgängen bis hin zum völligen Wertverfall des Fondsvermögens.
- (2) Um Ihren Beitrag bei Vertragsabschluss zu berechnen, machen wir je nach Vertragslaufzeit unterschiedliche Annahmen über die Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens und die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung. Über die Einzelheiten informieren wir Sie gerne. Wenn diese Annahmen eintreten, wird der vereinbarte Beitrag ausreichen, um den Versicherungsschutz bis zum Ablauf des Vertrages aufrechtzuerhalten.
- (3) Wir werden die Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens beobachten und Ihnen den Beitrag mitteilen, der nach unserer Einschätzung notwendig sein wird, um den vereinbarten Versicherungsschutz bis zum Ablauf des Vertrages aufrechtzuerhalten.
- (4) Beachten Sie bitte, dass Ihr Vertrag vorzeitig erlischt und Sie den Versicherungsschutz verlieren, wenn Ihr Fondsvermögen für den Versicherungsschutz sowie zur Deckung von Kosten nicht mehr ausreicht.

§ 2 Vertragsüberprüfung

- (1) Ebenso wie die tatsächliche Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens nicht vorhersehbar ist, kann sich auch die Höhe der Überschussbeteiligung ändern. Wenn die Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens oder die Höhe der Überschussbeteiligung niedriger als angenommen ausfallen, wird der vereinbarte Beitrag nicht ausreichen, um den Versicherungsschutz über die gesamte Versicherungsdauer aufrechtzuerhalten. Deshalb werden wir - beginnend fünf Jahre nach Vertragsabschluss - jährlich eine planmäßige Vertragsüberprüfung durchführen.
- (2) Zusätzlich wird eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung fällig
 - bei Beginn und Ende einer Zahlungsunterbrechung,
 - bei Verminderung der Beitragszahlung oder Beitragsfreistellung,
 - bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung.
- (3) Wir teilen Ihnen im Rahmen der Vertragsüberprüfung den geänderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung notwendig sein wird, um den vereinbarten Versicherungsschutz bis zum Ablauf der Versicherungsdauer aufrechtzuerhalten. Das gilt auch für den Fall, dass Ihr Vertrag beitragsfrei ist und Sie nachzahlen müssten, um den vereinbarten Versicherungsschutz bis zum Ablauf der Versicherungsdauer aufrechtzuerhalten.
- (4) Wir werden Ihnen gleichzeitig die folgenden beiden Möglichkeiten anbieten:
 - die Beitragshöhe entsprechend anzupassen oder
 - den Versicherungsschutz entsprechend anzupassen.

Bitte teilen Sie uns Ihre Entscheidung innerhalb von zwei Wochen mit. Ihre Entscheidung wird zum nächsten Fälligkeitstag nach Mitteilung an uns wirksam.

- (5) Auf Wunsch bieten wir Ihnen zusätzlich an, eine einmalige Zuzahlung in der von uns vorgeschlagenen Höhe zu leisten, um die Beitragshöhe und den Versicherungsschutz unverändert zu lassen.
- (6) Im Falle der planmäßigen Vertragsüberprüfung gem. Absatz 1 haben Sie auch die Möglichkeit die Beitragshöhe und den Versicherungsschutz unverändert zu lassen, obwohl nach unserer Einschätzung in diesem Fall der Beitrag nicht ausreichen wird, um den Versicherungsschutz über die gesamte Versicherungsdauer aufrechtzuerhalten. Wenn Sie uns innerhalb der in Absatz 4 genannten Frist keine andere Entscheidung mitteilen, werden wir davon ausgehen, dass Sie sich für diese Möglichkeit entschieden haben.
Bei einer außerplanmäßigen Vertragsüberprüfung gem. Absatz 2 haben Sie diese Möglichkeit nicht.
- (7) Beachten Sie bitte, dass Ihr Vertrag vorzeitig erlischt und Sie den Versicherungsschutz verlieren, wenn Ihr Fondsvermögen für den Versicherungsschutz sowie zur Deckung von Kosten nicht mehr ausreicht.

§ 3 Fondsanlage

- (1) Die in den von Ihnen gewählten Fonds entstehenden Erträge erhöhen entweder den Wert Ihrer Fondsanteile (thesaurierende Fonds) oder werden in zusätzliche Fondsanteile umgewandelt (aus-schüttende Fonds).
- (2) Nähere Informationen zur Fondsanlage entnehmen Sie bitte dem Anhang II und Ihren Investmentin-formationen.
- (3) Ihre Fondsanteile werden als Sondervermögen getrennt vom übrigen Vermögen des Versicherers geführt.

§ 4 Fondswechsel

- (1) Sie können jederzeit mit sofortiger Wirkung oder zu einem zukünftigen Zeitpunkt einen kostenlosen Fondswechsel in Form eines Shift, Switch oder Shift & Switch schriftlich beantragen.
 - **Shift:** Ihr bisheriges Fondsvermögen wird in Fondsanteile eines oder mehrerer anderer in die- sem Vertrag wählbarer Fonds umgeschichtet. Die künftige Anlage erfolgt jedoch weiterhin in die bisher gewählten Fonds.
 - **Switch:** Sie veranlassen, dass lediglich Ihre künftige Anlage in einen oder mehrere andere in diesem Vertrag wählbare Fonds erfolgt. In jeden Fonds sind mindestens zehn Prozent Ihres Beitrags zu investieren. Außerdem ist für die Anlage pro Fonds mindestens ein Betrag von zehn Euro notwendig. Ihr bisheriges Fondsvermögen ist von dieser Änderung nicht betroffen.
 - **Shift & Switch:** Hierbei werden Shift und Switch gleichzeitig durchgeführt.

Den Bewertungsstichtag für Ihre Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang II.

- (2) Wir können mit Zustimmung des Verantwortlichen Aktuars einen Fonds aus dem Angebot streichen. In diesem Fall werden wir Ihnen einen kostenlosen Fondswechsel vorschlagen. Wenn Sie nicht inner-halb von zwei Wochen nach Zugang unseres Vorschlags etwas anderes beantragen, werden wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen.
- (3) Wird einer der von Ihnen gewählten Fonds durch die Kapitalanlagegesellschaft z.B. geschlossen, aufgelöst oder wird der An- bzw. Verkauf von Anteilen eingestellt, so werden wir Ihnen ebenfalls ei-nen kostenlosen Fondswechsel vorschlagen. Wenn Sie nicht innerhalb von zwei Wochen nach Zu-gang unseres Vorschlags etwas anderes beantragen, werden wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen.

§ 5 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Mit dem Abschluss Ihres Vertrages und mit Beitragserhöhungen während der Vertragslaufzeit sind Kosten verbunden. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- (2) Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren analog § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Ab-schluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. § 169 Abs. 3 Versicherungsver-tragsgesetz bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstel-lungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden auf die Laufzeit Ihres Vertrages verteilt.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangsphase Ihres Vertrages zunächst nur ein geringes Fondsvermögen und damit auch ein geringer Rückkaufwert vorhanden sind. Wir raten Ihnen von einer Kündigung oder Beitragsfreistellung ab, weil diese für Sie mit finanziellen Nachteilen verbunden sind (vgl. Teil B: § 6 und Teil C: § 5). Sprechen Sie vorher bit-te mit uns.

§ 6 Rückkaufwert - Kündigung

- (1) Sie können den Vertrag vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen zum nächsten Monatsersten kündigen. Damit erlischt Ihr Vertrag.
- (2) In diesem Fall erstatten wir Ihnen den Rückkaufwert gem. § 169 Versicherungsvertragsgesetz. Die- ser entspricht dem Zeitwert des Fondsvermögens. Wir erstatten jedoch mindestens den Zeitwert,

der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmer-sätze (vgl. § 5 Abs. 2) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

- (3) Von dem in Absatz 2 ermittelten Wert erfolgt ein Abzug. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Nähere Informationen zur Höhe des vorgesehenen Abzugs können Sie der in Ihren Versicherungsunterlagen enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen.

Bei der Festlegung des Abzugs wurden folgende Umstände berücksichtigt:

- a. Bei einer Kündigung entstehen höhere Bearbeitungsaufwendungen als bei einem regulären Vertragsablauf.
- b. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird im Rahmen eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Versicherungsgemeinschaft hierdurch kein Nachteil entsteht.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

- (4) Eine Erstattung der von Ihnen eingezahlten Beiträge können Sie bei einer Kündigung nicht verlangen.
- (5) Da die Kursentwicklung der Fondsanteile nicht vorauszusehen ist, können wir Ihnen den Rückkaufswert der Höhe nach nicht garantieren. Den Bewertungsstichtag für Ihre Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang II.
- (6) Eine Kündigung ist für Sie mit finanziellen Nachteilen verbunden. In der Anfangsphase Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 5 Abs. 2) zunächst nur ein geringes Fondsvermögen und damit auch ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren erreicht der Rückkaufswert nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.
- (7) Auf Wunsch übertragen wir Ihnen statt des Rückkaufswertes die entsprechenden Fondsanteile (Naturalleistung) gegen eine Gebühr auf ein Depotkonto Ihrer Wahl. Über die Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

§ 7 Vorauszahlung

- (1) Nach Ablauf der ersten fünf Vertragsjahre können Sie vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen jederzeit aus dem Fondsvermögen eine Vorauszahlung beantragen, sofern das im Vertrag verbleibende Fondsvermögen ausreicht, um den vereinbarten Versicherungsschutz unter Berücksichtigung der Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens, der Kosten für den vereinbarten Versicherungsschutz und der sonstigen Kosten bis zum Ablauf des Vertrages aufrechtzuerhalten.
- (2) Den Bewertungsstichtag für die Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang II.
- (3) Über Voraussetzungen und Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

Teil C: Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Zugang der Police, jedoch nicht vor Mittag des Tages, der in der Police als Versicherungsbeginn angegeben ist.

§ 2 Erster Beitrag

- (1) Bitte bezahlen Sie Ihren ersten Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Zugang der Police. Sollten wir in der Police einen späteren Fälligkeitstermin vereinbart haben, so bezahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin. Beachten Sie ferner, dass der Versicherungsschutz von Anfang an wegfällt, wenn Sie die Zahlungsfristen schuldhaft versäumen.
- (2) Außerdem sind wir in diesem Fall berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden, empfehlen wir Ihnen, am Lastschriftverfahren teilzunehmen. Dies ist für Sie kostenlos.

§ 3 Folgebeiträge

Haben Sie Ihren ersten Beitrag gezahlt, so sind die später fälligen Beiträge ebenfalls unverzüglich an den Fälligkeitsterminen zu entrichten. Sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Falls die Zahlung zum Fälligkeitstag bei Ihnen in Vergessenheit gerät, werden wir Sie durch eine Mahnung, die bestimmten gesetzlichen Anforderungen entspricht (§ 38 Versicherungsvertragsgesetz), zur Zahlung auffordern. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Bezahlen Sie die rückständigen Beiträge nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Wir behalten uns außerdem das Recht vor, einen anderen Bewertungstichtag zugrunde zu legen (siehe Anhang II).

§ 4 Beitragsgarantie

Die Höhe des jeweils vereinbarten Beitrags für den Versicherungsschutz ist im Normalfall in den ersten fünf Jahren nach Vertragsabschluss garantiert. Ausnahmen finden Sie in § 5.

§ 5 Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung

- (1) Nach Ablauf der ersten fünf Vertragsjahre können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten für die Dauer von drei bis 24 Monaten gegen eine Gebühr zum nächsten Fälligkeitstermin schriftlich eine Zahlungsunterbrechung beantragen. Über Voraussetzungen und Einzelheiten informieren wir Sie gerne.
- (2) Jederzeit können Sie auch zum nächsten Fälligkeitstermin Ihre Beitragszahlung gegen eine Gebühr vermindern. Die versicherte Pflegerente wird der neuen Beitragssumme angepasst und darf 300 Euro jährlich nicht unterschreiten. Eine etwaige Beitragsgarantie erlischt.
- (3) Sie können ferner jederzeit mit Wirkung zum nächsten Fälligkeitstermin Ihre Beitragszahlung ganz einstellen. Bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages erheben wir einen Abzug. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Nähere Informationen zur Höhe des vorgesehenen Abzugs können Sie der in Versicherungsunterlagen enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen.

Bei der Festlegung des Abzugs wurden folgende Umstände berücksichtigt:

- a. Bei einer Beitragsfreistellung entstehen höhere Bearbeitungsaufwendungen als bei einem regulären Vertragsverlauf.
- b. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird im Rahmen eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Versicherungsgemeinschaft hierdurch kein Nachteil entsteht.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

Die Versicherungsleistung wird der neuen Beitragssumme angepasst. Eine etwaige Beitragsgarantie erlischt (vgl. § 4).

Erreicht das Fondsvermögen nicht den Mindestwert von 3.000 Euro bzw. sinkt die Pflegerente nach der Anpassung unter 300 Euro jährlich, so erstatten wir Ihnen den Rückkaufswert und Ihr Vertrag endet.

- (4) Die Beiträge für den verbleibenden Versicherungsschutz werden weiterhin dem Fondsvermögen entnommen, bis das Fondsvermögen erschöpft ist. Dann erlischt Ihr Vertrag.
- (5) Außer im Falle der Zahlungsunterbrechung mit fester Dauer wird bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung eine erneute Risikoprüfung durchgeführt. Die Gebühr für diese Risikoprüfung entnehmen wir dem Fondsvermögen.
- (6) Eine Beitragsänderung in vorstehendem Sinne ist für Sie grundsätzlich mit finanziellen Nachteilen verbunden. In der Anfangsphase des Vertrages ist wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. Teil B: § 5 Abs. 2) zunächst nur ein geringes Fondsvermögen vorhanden, so dass unter Umständen der notwendige Mindestwert des Fondsvermögens für eine Beitragsfreistellung nicht erreicht werden kann. In diesem Fall erstatten wir Ihnen einen eventuell vorhandenen Rückkaufswert und Ihr Vertrag erlischt.

§ 6 Gebühren

Für Geschäftsvorfälle, die aus von Ihnen veranlassten Gründen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursachen, erheben wir eine pauschale Gebühr. Die Höhe der Gebühr entspricht den in solchen Fällen im Durchschnitt anfallenden Kosten und wird Ihrem Fondsvermögen entnommen. Dies gilt beispielsweise bei

- Erstellung einer Ersatzurkunde für die Police
- schriftlicher Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufern im Lastschriftverfahren
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Bearbeitung von Abtretungen, Verpfändungen und Pfändungen.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Gebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt die Gebühr bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

§ 7 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Das bedeutet vor allem, dass Sie vor Abschluss oder Änderung des Vertrages alle Fragen, die wir oder unser Agent in Textform insbesondere zu Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- (2) Ist das Leben einer anderen Person versichert worden, so wird Ihnen das Wissen dieser Person wie eigenes zugerechnet.

II. Rücktritt

- (1) Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn Sie bzw. der Anspruchsberechtigte nachweisen, dass der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - geschlossen worden wäre.
- (2) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn wir den Rücktritt erst nach Eintritt des Leistungsfalls erklärt haben und Sie bzw. der Anspruchsberechtigte nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Gefahrumstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Leistungsfalls oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Wird die Versicherung durch einen Rücktritt aufgehoben, erstatten wir Ihnen den Rückkaufswert gemäß § 169 VVG. Ein Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge besteht nicht.

III. Kündigung

- (1) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist, können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - geschlossen hätten.
- (2) Im Falle einer Kündigung wird Ihr Vertrag beitragsfrei gestellt.
- (3) Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Kündigung gem. § 19 Abs. 3 VVG.

IV. Vertragsanpassung

- (1) Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - aber zu anderen Bedingungen - geschlossen, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf die gem. § 19 Abs. 4 VVG bestehende Möglichkeit, die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden zu lassen.
- (2) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.

V. Ausübung unserer Rechte

- (1) Die oben genannten Rechte zu Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung können wir nur innerhalb der ersten fünf Jahre seit Vertragsbeginn ausüben. Ist ein Leistungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Bei vorsätzlicher oder arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht beträgt die Frist zehn Jahre.
- (2) Die Ausübung unserer Rechte muss allerdings innerhalb eines Monats schriftlich erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen.
- (3) Die Fristen gelten bei Wiederherstellung der Versicherung oder bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung entsprechend.

VI. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt hierneben unberührt.

VII. Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber der Police zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 8 Leistungsempfänger

- (1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner oder an Ihre Erben, es sei denn, Sie haben eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt.
- (2) Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir gegen Vorlage der Police. Wir werden allerdings nicht an den Inhaber der Police leisten, wenn Zweifel an seiner Berechtigung bestehen.
- (3) Zum vereinbarten Ablauftermin zahlen wir ein etwaiges Fondsvermögen aus.

§ 9 Bezugsberechtigung

- (1) Sie können jederzeit eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt bezeichnen.
- (2) Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht auch jederzeit widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.
- (3) Sie können aber auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts nun ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen diese Bestätigung zugeht, kann das Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der von Ihnen begünstigten Person geändert werden.

- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechtes werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns schriftlich angezeigt worden sind.

§ 10 Abtretung - Verpfändung

- (1) Soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind, können Sie die Ansprüche aus dem Vertrag gegen eine Gebühr abtreten oder verpfänden. Dies wird uns gegenüber erst dann wirksam, wenn wir von der Abtretung oder Verpfändung schriftlich in Kenntnis gesetzt worden sind.
- (2) Ansprüche auf eine Pflegerente können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

§ 11 Nachweise im Leistungsfall

I. Im Todesfall

- (1) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Außerdem reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:
 - die Police,
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat.
- (3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen oder erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht. Wir tragen jedoch die Kosten, wenn die Nachweise der Prüfung einer Leistungsbeschränkung dienen.

II. Bei Pflegebedürftigkeit

- (1) Bitte zeigen Sie uns die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person unverzüglich an.
- (2) Bei Pflegebedürftigkeit, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit,
 - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einschließlich einer Erklärung, dass aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Reaktivierung besteht,
 - sofern vorhanden, eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
- (3) Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

III. Weitere Nachweise

Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Die Untersuchungskosten und die üblichen Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir.

§ 12 Mitwirkungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht (z.B. das Einreichen von Nachweisen) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Bei Pflegebedürftigkeit gilt: Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

**§ 13
Ergänzende Rechte und Pflichten bei Pflegebedürftigkeit**

- (1) Wir verpflichten uns, innerhalb von vier Wochen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
 - a. Ihnen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
 - b. weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - c. Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. Einholung eines neutralen Gutachtens) einleiten werden.Solange eine Erklärung über unsere Leistungspflicht noch aussteht, informieren wir Sie mindestens alle sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.
- (2) Grundsätzlich sprechen wir kein zeitlich befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht aus. Nur in begründeten Einzelfällen ist dies möglich, und zwar nur einmalig für maximal 12 Monate. Das befristete Anerkenntnis ist bis zum Ablauf der Frist bindend, und wir führen innerhalb dieses Zeitraums keine Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit durch. Nach Ablauf der Frist wird über unsere Leistungspflicht neu entschieden.

**§ 14
Änderung von Bedingungen zu Ihrem Vertrag**

- (1) Über die gesetzlichen Rechte zur Änderung von Bedingungen hinaus sind wir berechtigt, unter den im Folgenden aufgeführten Voraussetzungen die Bestimmungen unter Teil A: § 8 "Überschussbeteiligung", sowie Teil B: § 6 "Rückkaufwert - Kündigung" und Teil C: § 5 "Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung" für den laufenden Versicherungsvertrag zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung).
- (2) Eine Anpassung dieser Bedingungen ist nur zulässig, wenn das bei Vertragsschluss vereinbarte Verhältnis von Leistung und Gegenleistung (Äquivalenzverhältnis) in nicht unbedeutendem Maße gestört ist und wenn
 - a. sich eine bestehende Rechtsvorschrift ändert oder eine neue Rechtsvorschrift in Kraft tritt, auf der Bedingungen des Vertrages beruhen, oder
 - b. sich die höchstrichterliche Rechtsprechung zu einzelnen Bedingungen ändert, oder
 - c. Bedingungen durch die Aufsichts- oder Kartellbehörde durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für mit dem geltenden Recht nicht vereinbar erklärt werden.Wir können die Bedingungen auch anpassen, wenn in den unter b. und c. genannten Fällen die gerichtliche oder behördliche Entscheidung inhaltsgleiche Bedingungen eines anderen Versicherers betrifft.
- (3) Das bei Vertragsabschluss zu Grunde gelegte Äquivalenzverhältnis darf bei Gesamtbetrachtung der Anpassung nicht zu Ihrem Nachteil geändert werden. Die Anpassung muss nach den Grundsätzen der ergänzenden Vertragsauslegung unter Wahrung der beidseitigen Interessen erfolgen.
- (4) Ein unabhängiger Treuhänder muss prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Anpassung gegeben sind und der Anpassung zustimmen. Für die Bestellung des Treuhänders gelten die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).
- (5) Wir werden Sie über die Anpassung unter Benennung der betroffenen Bedingung schriftlich informieren und Ihnen den Grund, den Inhalt sowie die Folgen der Anpassung erläutern. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die schriftliche Benachrichtigung und Erläuterung folgt.

**§ 15
Mitteilungen - Umzug**

- (1) Bitte teilen Sie uns Ihren bevorstehenden Umzug oder Ihre Namensänderung möglichst zwei Wochen vor der Änderung Ihres Wohnsitzes oder Ihres Namens mit.
- (2) Auch alle anderen Mitteilungen, die Ihren Vertrag betreffen, erbitten wir so früh wie möglich schriftlich, damit wir genügend Zeit haben, uns auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse einzustellen. Das betrifft z.B. Anträge auf Änderung Ihres Vertrages oder auch eine Kündigungserklärung.
- (3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns auch in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

**§ 16
Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung**

- (1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz (oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung). Eine natürli-

che Person kann auch Klage bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk sie zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- (3) Für Ansprüche aus dem Vertrag, die wir gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz haben.
- (4) Falls Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
- (5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag bestimmen sich nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen (§ 195 ff. Bürgerliches Gesetzbuch, BGB) und § 15 VVG. Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist gem. § 195 BGB drei Jahre.

Anhang I

Definition der Pflegebedürftigkeit

- Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen** (1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich länger als sechs Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens vier der im folgenden genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- **Fortbewegen im Zimmer**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
 - **Aufstehen und Zubettgehen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel - nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
 - **An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
 - **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
 - **Waschen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Wannengriffen, einem Wannenaufzug oder anderer technischer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
 - **Verrichten der Notdurft**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann oder weil
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.
- (2) Unabhängig von der Fähigkeit, die oben genannten Verrichtungen ohne Unterstützung durch eine andere Person ausführen zu können, liegt Pflegebedürftigkeit auch vor, wenn die versicherte Person eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn
- die mentalen Fähigkeiten der versicherten Person sich infolge einer organischen Krankheit wie der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtern haben, und
 - die versicherte Person aufgrund der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz der Beaufsichtigung bedarf, um Gefährdungen zu verhüten, und
 - die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz mit Standardtestverfahren nachgewiesen werden kann, und
 - die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz voraussichtlich dauerhaft bestehen wird.
- (3) Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten der versicherten Person aufgrund einer seelischen Erkrankung wie z.B. Depressionen beeinträchtigt sind.
- (4) Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung im Sinne der Bedingungen bedeutet, dass die versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil die versicherte Person
- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt oder

- gefährdende Situationen erkennt oder verursacht oder
 - unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
 - sich tätlich oder verbal aggressiv in Verkennung der Situation verhält.
- (5) Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtest müssen von einem ärztlichen Experten für solche Krankheitsbilder auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests gestellt werden. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 ("Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5), oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

Anhang II

Bewertung der Fondsanteile

- (1) Der Wert Ihrer Fondsanteile (Fondsvermögen) in Euro ergibt sich aus der Anzahl der Fondsanteile je Fonds multipliziert mit seinem Rücknahmekurs am Bewertungsstichtag.
- (2) Der Rücknahmekurs wird täglich z.B. in vielen regionalen und überregionalen Zeitungen veröffentlicht, so dass Sie sich laufend informieren können.
- (3) Als Bewertungsstichtag gilt:
 - **für die Beiträge**
der dem Fälligkeitstag Ihres Beitrags vorangegangene Börsentag. Sollte es zu einem durch Sie verursachten verzögerten Beitragseingang bei uns kommen, so behalten wir uns das Recht vor, den Beitrag mit dem Rücknahmekurs an dem Tag des Beitragseingangs in Fondsanteile umzuwandeln. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der darauf folgende Börsentag als Bewertungsstichtag zugrunde gelegt.
 - **bei einmaligen Zuzahlungen**
der letzte Börsentag des Monats, in dem die Zuzahlung bei uns eingeht.
 - **bei Leistung im Todesfall**
der Tag, an dem die schriftliche Meldung des Todesfalls bei uns eingeht. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der darauf folgende Börsentag als Bewertungsstichtag zugrunde gelegt.
 - **bei Leistung im Falle einer Pflegebedürftigkeit**
der Tag, an dem wir die Leistungspflicht anerkannt haben. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der darauf folgende Börsentag als Bewertungsstichtag zugrunde gelegt.
 - **bei Fondswechsel**
Shift: der Tag, an dem der Shift bis 12 Uhr mittags beantragt worden ist. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der auf diesen Tag folgende Börsentag als Bewertungsstichtag zugrunde gelegt. Wird der Shift nach 12 Uhr mittags beantragt, so gilt als Bewertungsstichtag der darauf folgende Börsentag. Benutzen Sie für Ihren Antrag unsere Fax-Nummer 0551/70157199.
Switch: wie bei Zahlung von Beiträgen.
 - **bei Kündigung**
der letzte Börsentag des Monats, der dem Wirksamkeitstermin der Kündigung unmittelbar vorangeht.
 - **bei Beitragsfreistellung**
der letzte Börsentag vor Inkrafttreten der Beitragsfreistellung zur Feststellung des Mindestfondsvermögens, das bei Beitragsfreistellung vorhanden sein muss.
 - **bei Zahlungsunterbrechung**
wie bei Beitragsfreistellung
 - **bei Vorauszahlung**
der Tag, an dem die Vorauszahlung bis 12 Uhr mittags beantragt worden ist. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der auf diesen Tag folgende Börsentag als Bewertungsstichtag zugrunde gelegt. Wird die Vorauszahlung nach 12 Uhr mittags beantragt, gilt als Bewertungsstichtag der darauf folgende Börsentag. Benutzen Sie für Ihren Antrag unsere Fax-Nummer 0551/70157199.