

Allgemeine Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest (Fondsgebundene Rentenversicherung)



Barmenia
Lebensversicherung a. G.

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Leistung

§ 1	Was ist eine fondsgebundene Rentenversicherung?	1
§ 2	Welche Leistungen erbringen wir?	2
§ 3	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	2
§ 4	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	3
§ 5	Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	3
§ 6	Was gilt bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person?	4
§ 7	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	4
§ 8	Was ist zu beachten, wenn eine Leistung beansprucht wird?	5
§ 9	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	5
§ 10	Wer erhält die Leistung?	5
Beitrag		
§ 11	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	5
§ 12	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	5
§ 13	Wie verwenden wir Ihre Beiträge und Zuzahlungen?	6
§ 14	Wann ist eine Aussetzung der Beitragszahlung möglich?	6
Bestimmungen zur Fondsanlage		
§ 15	Welche Anlagemöglichkeiten haben Sie?	6
§ 16	Was geschieht, wenn die Rücknahme von Fondsanteilen ausgesetzt oder eingestellt wird?	6
§ 17	Unter welchen Voraussetzungen können wir das Fondsangebot ändern?	6
Gestaltungsmöglichkeiten		
§ 18	Wie können Sie den Beginn der Rentenzahlung flexibel gestalten?	7
§ 19	Wann können Sie Zuzahlungen leisten?	7
§ 20	Unter welchen Voraussetzungen können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen?	7
§ 21	Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre fondsgebundene Rentenversicherung in eine nicht fondsgebundene Rentenversicherung umwandeln?	8

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 22	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Leistungen erbringen wir?	8
§ 23	Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?	8
§ 24	Wann können Sie nach einer Beitragsfreistellung die Beitragszahlung wieder aufnehmen?	8
Kosten		
§ 25	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	8
§ 26	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	9
Sonstige Vertragsbestimmungen		
§ 27	Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?	9
§ 28	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	9
§ 29	Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	9
§ 30	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	9
§ 31	Wo ist der Gerichtsstand?	9
§ 32	An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	9

Anhang

Anhang	der Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Kündigung Ihrer Versicherung	10
--------	---	----

§ 1 Was ist eine fondsgebundene Rentenversicherung?

(1) Die fondsgebundene Rentenversicherung bietet vor Beginn der Rentenzahlung (Aufschubzeit) Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock besteht aus Anteilen von Fonds, an die die Leistungen aus Ihrer Versicherung gebunden sind, und wird gesondert von unserem sonstigen Vermögen angelegt. Die auf Ihre Versicherung anfallenden Anteilseinheiten bilden das fondsgebundene Deckungskapital.

Mit Beginn der Rentenzahlung entnehmen wir dem Anlagestock die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteile und legen deren Wert in unserem sonstigen Vermögen an. Anteile von Investmentfonds werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt.

(2) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Anteilseinheiten. Erträge, die ausgeschüttet werden, und Steuererstattungen rechnen wir in Anteilseinheiten um und schreiben sie den einzelnen Versicherungen gut.

(3) **Da die Entwicklung der Vermögenswerte des Anlagestocks nicht vorauszusehen ist, können wir die Höhe der versicherten Rente vor dem Beginn der Rentenzahlung nicht garantieren. Sie haben die Chance, insbesondere bei Kurssteigerungen der Wertpapiere des Anlagestocks einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie im Gegenzug auch das Risiko der Wertminderung. Wertminderungen bis hin zum Totalverlust können auch bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds (vgl. §§ 16 und 17) entstehen, beispielsweise kann die Kapitalanlagegesellschaft die Rücknahme der Anteile aussetzen. Bei Werten, die nicht in Euro geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage zusätzlich beeinflussen. Das bedeutet, dass die Rente je nach Entwicklung der Vermögenswerte des Anlagestocks höher oder niedriger ausfallen wird.**

(4) Die Höhe der Rente ist vom Wert des Deckungskapitals abhängig. Das Deckungskapital ergibt sich aus der Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten. Den Wert des fondsgebundenen Deckungskapitals ermitteln wir dadurch, dass wir die Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten mit dem am jeweiligen Bewertungsstichtag ermittelten Wert einer Anteilseinheit multiplizieren.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Erleben des Rentenbeginns

(1) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenbeginn, zahlen wir, vorbehaltlich von Absatz 3, die versicherte Rente, solange die versicherte Person lebt. Wir zahlen die Rente lebenslänglich je nach vereinbarter Rentenzahlungsweise jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich an den vereinbarten Fälligkeitstagen. Die vereinbarte Rentenzahlungsweise können Sie bis zum Rentenbeginn jederzeit ändern.

Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, erhöht sich die versicherte Rente nach Beginn der Rentenzahlung jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die erste Erhöhung erfolgt ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung.

(2) Die Höhe der versicherten Rente wird aus dem zu Beginn der Rentenzahlung vorhandenen Wert des Deckungskapitals (vgl. § 1 Absatz 4) und einem Rentenfaktor ermittelt. Der Ermittlung des Wertes des Deckungskapitals legen wir dabei den fünftletzten Börsentag des letzten Monats der Aufschubzeit zu Grunde. Der Rentenfaktor gibt an, wie viel Rente wir Ihnen je 10.000,00 EUR Deckungskapital, das zu Rentenbeginn vorhanden ist, zahlen. Soweit das Deckungskapital auf den bei Vertragsabschluss vereinbarten Beiträgen beruht, garantieren wir Ihnen für die zum vereinbarten Rentenbeginn versicherte Rente den im Versicherungsschein genannten Rentenfaktor (garantierter Rentenfaktor). Seiner Berechnung liegen eine vom Geschlecht unabhängige Sterblichkeit auf Basis von 75 % der Sterbenswahrscheinlichkeiten der Sterbetafel DAV 2004 R und ein Zins von 0,10 % zu Grunde. Für die versicherte Rente aus Deckungskapital aus Beitragserhöhungen und Zuzahlungen berechnen wir den garantierten Rentenfaktor mit der Sterblichkeit und dem Zins, die wir für den garantierten Rentenfaktor bei zum Erhöhungs- bzw. Zuzahlungstermin neu abzuschließenden Verträgen verwenden. Sollte sich zum vereinbarten Rentenbeginn nach den dann für neu abzuschließende Rentenversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) ein Rentenfaktor ergeben, der höher als der jeweilige garantierte Rentenfaktor ist, wird jeweils dieser zur Ermittlung der versicherten Rente verwendet.

(3) Ergibt sich bei Rentenbeginn eine versicherte Rente von weniger als 600,00 EUR jährlich, wird an Stelle einer Rente eine Kapitalabfindung gemäß Absatz 4 erbracht.

(4) Sie können verlangen, dass wir statt der Renten eine einmalige Leistung (Kapitalabfindung) zum Fälligkeitstag der ersten Rente zahlen. Dazu muss die versicherte Person diesen Termin erleben. Ihr Antrag auf Kapitalabfindung muss uns in Textform spätestens einen Monat vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente vorliegen. Mit der Kapitalabfindung erlischt die Versicherung.

Unter denselben Voraussetzungen können Sie auch eine teilweise Kapitalabfindung wählen, soweit die verbleibende versicherte Rente den Mindestbetrag von 600,00 EUR jährlich nicht unterschreitet.

Als Kapitalabfindung wird das Deckungskapital der Versicherung fällig (Ausnahme § 18 Abs. 5). Als Stichtag zur Ermittlung des Werts des Deckungskapitals für die Kapitalabfindung legen wir den fünftletzten Börsentag des letzten Monats der Aufschubzeit zu Grunde.

(5) Wenn Sie für den Todesfall nach Rentenbeginn eine Rentengarantiezeit vereinbart haben, können Sie frühestens zum Rentenbeginn durch einen Antrag in Textform eine Vorauszahlung auf sämtliche noch ausstehenden Renten aus der Rentengarantiezeit erhalten. Nach Ablauf der Rentengarantiezeit setzt die Rentenzahlung wieder ein, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Der Auszahlungsbetrag ergibt sich als Summe der mit dem Rechnungszins, der dem zur Ermittlung der versicherten Rente verwendeten Rentenfaktor zu Grunde liegt (Absatz 2), auf den Fälligkeitstermin der Vorauszahlung abgezinsten aus der Rentengarantiezeit noch ausstehenden Renten.

Unsere Leistung bei Tod während der Aufschubzeit

(6) Sofern Sie nichts anderes bestimmen, erbringen wir im Falle des Todes der versicherten Person während der Aufschubzeit eine Todesfalleistung in Höhe der eingezahlten Beiträge (ohne die Beiträge für eingeschlossene Zusatzversicherungen), mindestens jedoch des vorhandenen Werts des Deckungskapitals (**Kapitalschutz**). Als Stichtag zur Ermittlung des Werts des Deckungskapitals legen wir den zweiten Börsentag nach Zugang der Meldung des Todesfalls in unserer Hauptverwaltung zu Grunde.

Sie können aber auch vereinbaren, dass im Falle des Todes der versicherten Person während der Aufschubzeit nur die eingezahlten Beiträge (ohne die Beiträge für eingeschlossene Zusatzversicherungen) zurückgezahlt werden (**Beitragsrückgewähr**).

Ebenfalls können Sie vereinbaren, dass im Falle des Todes der versicherten Person während der Aufschubzeit **keine Leistung** fällig wird.

Unsere Leistung bei Tod nach Rentenbeginn

(7) Sofern Sie nichts anderes bestimmen, zahlen wir im Fall des Todes der versicherten Person nach Rentenbeginn das zu Rentenbeginn vorhandene Kapital abzüglich der gezahlten Renten (ohne Renten aus der Überschussbeteiligung nach Rentenbeginn, vgl. § 3 Abs. 2 Buchstaben d und e, und etwaiger Erhöhungen der versicherten Rente aus Zuzahlungen nach Beginn der Rentenzahlung, vgl. § 19 Abs. 2) aus (**Kapitalrückzahlung**).

An Stelle der Kapitalrückzahlung können Sie auch eine **Rentengarantiezeit** vereinbaren. Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenbeginn, zahlen wir in diesem Fall die Rente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt. Ist beim Tod die Rentengarantiezeit noch nicht abgelaufen, können wir unsere Leistungspflicht durch eine einmalige Zahlung ablösen. Ebenso kann der Bezugsberechtigte (vgl. § 10) eine Ablösung der weiteren Rentenzahlung durch eine einmalige Zahlung verlangen. Die einmalige Zahlung ergibt sich als Summe der mit dem Rechnungszins, der dem zur Ermittlung der versicherten Rente verwendeten Rentenfaktor zu Grunde liegt (Absatz 2), auf den Ablösungstermin abgezinsten aus der Rentengarantiezeit noch ausstehenden Renten.

Ebenfalls können Sie vereinbaren, dass im Fall des Todes der versicherten Person nach Rentenbeginn **keine Leistung** fällig wird.

Die Todesfalleistung nach Rentenbeginn (Kapitalrückzahlung, Rentengarantiezeit, keine Leistung) können Sie bis zum Rentenbeginn jederzeit ändern. Durch eine Änderung der Todesfalleistung verändert sich der Rentenfaktor.

Zahlungsform der Leistungen

(8) Unsere Leistungen erbringen wir grundsätzlich in Geld. Der Anspruchsberechtigte kann eine Kapitalabfindung oder einen Rückkaufwert auch in Anteilseinheiten des Anlagestocks verlangen. Wir behalten uns jedoch vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Anteile auszus zahlen.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

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

(a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

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

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

Kapitalerträge

Vor Rentenbeginn ist das Deckungskapital nicht in unserem sonstigen Vermögen, sondern im Anlagestock angelegt (vgl. § 1 Abs. 1). Deshalb erhalten fondsgebundene Rentenversicherungen vor Rentenbeginn keine Überschüsse aus den Erträgen unserer Kapitalanlagen. Mit Beginn der Rentenzahlung wird das Deckungskapital dem Anlagestock entnommen und der Wert in unserem sonstigen Vermögen angelegt, so dass Überschüsse aus den Kapitalerträgen entstehen können. Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Risikoergebnis

Weitere Überschüsse entstehen, wenn die Lebensdauer der versicherten Personen niedriger ist als bei der Tarifikalkulation zu Grunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

Übriges Ergebnis

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

- die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen oder

- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

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

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

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

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

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Die Vermögenswerte des Anlagestocks werden gemäß § 341d des Handelsgesetzbuches mit dem Zeitwert ausgewiesen. Deshalb fallen bei fondsgebundenen Rentenversicherungen vor Rentenbeginn keine Bewertungsreserven an. Während des Rentenbezugs beteiligen wir Rentenversicherungen mit der laufenden Überschussbeteiligung an den Bewertungsreserven, indem der Überschussanteilsatz für die laufende Überschussbeteiligung höher festgelegt wird. Bei der Festlegung des erhöhten Überschussanteilsatzes berücksichtigen wir insbesondere die dann aktuelle Höhe der Bewertungsreserven.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

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

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussan-

teilsätze und die Rechnungsgrundlagen für die variable Überschussrente legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze und die Rechnungsgrundlagen für die variable Überschussrente in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie sich auf unserer Internetseite ansehen.

Laufende Überschussbeteiligung während der Aufschubzeit

(b) Die laufenden Überschussanteile während der Aufschubzeit werden ab Versicherungsbeginn zu Beginn eines jeden Monats fällig. Sie werden dem Anlagestock zugeführt und bis zum dritten Börsentag nach Fälligkeit in Anteileinheiten umgerechnet. Der laufende Überschussanteil besteht aus einem Grundüberschussanteil und einem Fondsüberschussanteil. Bei Versicherungen mit laufenden Beiträgen (vgl. § 11 Abs. 1) enthält der laufende Überschussanteil in jedem Monat, in dem eine Versicherungsperiode beginnt (vgl. § 11 Abs. 2), außerdem einen Zusatzüberschussanteil. Mit dem Grundüberschussanteil, dem Fondsüberschussanteil und dem Zusatzüberschussanteil wird Ihre Versicherung an den Kostenüberschüssen beteiligt. Der Grundüberschussanteil ist ein Geldbetrag in Euro. Der Fondsüberschussanteil bemisst sich nach dem überschussberechtigten Fondsguthaben. Dies ist der auf Ihre Versicherung entfallende Anteil des Anlagestocks zu Beginn des Monats der Fälligkeit des Fondsüberschussanteils vor Zuführung von Beiträgen und Entnahme von Risikobeiträgen und Kosten. Der Zusatzüberschussanteil bemisst sich nach dem überschussberechtigten Beitrag. Dies ist der in der Versicherungsperiode der Fälligkeit des Zusatzüberschussanteils für Ihre Versicherung zu zahlende laufende Beitrag (ohne den Beitrag für eingeschlossene Zusatzversicherungen).

Laufende Überschussbeteiligung nach Rentenbeginn

(c) Nach Rentenbeginn werden die laufenden Überschussanteile monatlich fällig. Der laufende Überschussanteil bemisst sich nach dem mit dem Rechnungszins, der dem zur Ermittlung der versicherten Rente verwendeten Rentenfaktor zu Grunde liegt (vgl. § 2 Abs. 2), um einen Monat abgezinsten Deckungskapital zum Monatsende (maßgebendes Deckungskapital).

(d) Sofern Sie nichts anderes bestimmen, werden die laufenden Überschussanteile eines Versicherungsjahres bis zum Ende des Versicherungsjahres verzinslich angesammelt und zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres für eine zusätzliche Rente verwendet. Daraus resultiert eine **steigende Überschussrente**, deren jeweils erreichte Höhe für ihre verbleibende Rentenzahlungsdauer garantiert ist. Ist eine garantierte Rentensteigerung vereinbart, erhöht sich die steigende Überschussrente jährlich mindestens um den vereinbarten Prozentsatz der garantierten Rentensteigerung. Die steigende Überschussrente ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Ist für den Todesfall nach Rentenbeginn eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die steigende Überschussrente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt. Ansonsten wird bei Tod der versicherten Person keine Leistung aus der steigenden Überschussrente fällig. Bei der Berechnung des Betrages, der durch die angesammelten laufenden Überschussanteile hinzukommt, werden wir die zum Berechnungstermin für neu abzuschließende Rentenversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) zu Grunde legen.

(e) Sie können aber auch vereinbaren, dass die laufenden Überschussanteile für eine **variable Überschussrente** verwendet werden. In diesem Fall ermitteln wir zu Rentenbeginn aus dem vorhandenen Wert des Deckungskapitals und einem Rentenfaktor, der auf den festgelegten Rechnungsgrundlagen für die variable Überschussrente beruht, eine Gesamtrente. Die variable Überschussrente ist die Differenz dieser Gesamtrente und der nach § 2 Abs. 2 ermittelten versicherten Rente. Eine gegebenenfalls vereinbarte garantierte Rentensteigerung erstreckt sich auch auf die variable Überschussrente. Ist für den Todesfall nach Rentenbeginn eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die variable Überschussrente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt. Ansonsten wird bei Tod der versicherten Person keine Leistung aus der variablen Überschussrente fällig. Die variable Überschussrente ist, abgesehen von der Erhöhung auf Grund einer gegebenenfalls vereinbarten garantierten Rentensteigerung, so lange konstant, wie die ihrer Berechnung zu Grunde gelegten Rechnungsgrundlagen nicht anders festgelegt werden (vgl. Absatz 2 Buchstabe a). Im Fall einer Änderung der Rechnungsgrundlagen für die variable Überschussrente berechnen wir die Gesamtrente aus dem dann vorhandenen Kapital mit den neuen Rechnungsgrundlagen neu. Fällt eine Änderung der Rechnungsgrundlagen für die variable Überschussrente auf den Termin einer garantierten Rentensteigerung, führt die Neuberechnung zu einer vom vereinbarten Prozentsatz der garantierten Rentensteigerung abweichenden Veränderung der Gesamtrente. Dabei kann es auch zu einer Verminderung der Gesamtrente kommen.

(f) Die Überschussverwendung für die Rentenbezugsphase können Sie bis zum Rentenbeginn jederzeit ändern. Nach Rentenbeginn ist eine Änderung nicht mehr möglich.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

(g) Die Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt im Rahmen der laufenden Überschussbeteiligung (vgl. Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstaben c bis f). Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(3) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor vor Rentenbeginn ist dabei die Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Nach Rentenbeginn treten die Erträge aus den sonstigen Kapitalanlagen hinzu. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (vgl. § 11 Abs. 2 und 3 und § 12).

§ 5 Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir

leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, zahlen wir grundsätzlich die für den Todesfall vereinbarte Leistung. Unsere Leistung vermindert sich aber auf den für den Stichtag gemäß § 2 Abs. 6 berechneten Rückkaufwert Ihrer Versicherung (§ 22 Abs. 3), falls dieser niedriger ist als die Todesfalleistung. Diese Einschränkung unserer Leistung entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, vermindert sich unsere Leistung auf den für den Stichtag gemäß § 2 Abs. 6 berechneten Rückkaufwert Ihrer Versicherung (§ 22 Abs. 3), wenn dieser niedriger als die Todesfalleistung ist. Dies gilt nur, sofern mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist, und dies von einem von uns zu bestellenden unabhängigen Treuhänder bestätigt wird. Unsere Leistung vermindert sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 6 Was gilt bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Vertrages drei Jahre vergangen sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir auch grundsätzlich die für den Todesfall vereinbarte Leistung. Unsere Leistungspflicht beschränkt sich aber auf die Auszahlung des für den Stichtag gemäß § 2 Abs. 6 berechneten Rückkaufwertes (§ 22 Abs. 3), falls dieser niedriger ist als die Todesfalleistung.

(3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung der Versicherung erweitert wird oder die Versicherung wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere

Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

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

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

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

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir gemäß § 19 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

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

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

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

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufwert gemäß § 22 Abs. 3 und 4, vermindert um den Abzug gemäß § 22 Abs. 5. § 22 Abs. 3 Satz 2 bis 4 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

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

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

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt sich die Versicherung mit der Kündigung nach Maßgabe von § 23 in eine beitragsfreie Versicherung um.

Vertragsänderung

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

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

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

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch

wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

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

§ 8 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung beansprucht wird?

(1) Wird eine Leistung aus der Versicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person sowie die Auskünfte nach § 29 vorgelegt werden.

(2) Vor jeder Rentenzahlung oder einer Kapitalabfindung können wir auf unsere Kosten eine amtliche Bescheinigung darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

(3) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Dies gilt auch, wenn für den Todesfall keine Leistung vereinbart wurde. Wenn für den Todesfall eine Leistung vereinbart wurde, muss uns zusätzlich eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben.

(4) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht.

(5) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in Absatz 1 bis 4 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

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

(7) Bei Leistungen in Fondsanteilen hat uns die empfangsberechtigte Person ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für die Gefahrtragung gilt Absatz 6 entsprechend.

§ 9 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 10 Wer erhält die Leistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie; sind Sie versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben.

Bezugsberechtigung

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

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

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

Abtretung und Verpfändung

(3) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalles grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich (laufende Beiträge) zahlen.

(2) Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch

nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei beitragspflichtigen Versicherungen entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr bzw. ein Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag und bei beitragsfreien Versicherungen ist die Versicherungsperiode ein Monat.

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

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

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

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

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

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

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag

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

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

Folgebeitrag

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

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

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

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

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

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

§ 13 Wie verwenden wir Ihre Beiträge und Zuzahlungen?

(1) Wir führen Ihre Beiträge und während der Aufschubzeit geleisteten Zuzahlungen, soweit sie nicht zur Deckung von Kosten bestimmt sind, dem Anlagestock (vgl. § 1 Abs. 1) zu und rechnen sie bis zum dritten Börsentag nach Fälligkeit in Anteileneinheiten um. Ausgabeaufschläge fallen dabei nicht an. Die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten, nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Risikobeiträge und Kosten, soweit sie nicht von den Beiträgen abgezogen sind, entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats dem Deckungskapital. Für die Todesfallleistung aus den bei Vertragsabschluss vereinbarten Beiträgen berechnen wir die Risikobeiträge mit vom Geschlecht unabhängigen Sterbenswahrscheinlichkeiten auf Basis der Sterbetafel DAV 2004 R. Für die Todesfallleistung aus einer Beitragserhöhung oder Zuzahlung legen wir die zum Erhöhungs- bzw. Zuzahlungstermin für neue Verträge geltende Sterbetafel zu Grunde.

(2) Insbesondere bei beitragsfreien Versicherungen kann die in Absatz 1 genannte monatliche Entnahme der Risikobeiträge und Kosten bei ungünstiger Entwicklung der im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerte dazu führen, dass das gesamte Deckungskapital vor Rentenbeginn aufgebraucht ist und der Versicherungsschutz damit erlischt. In einem solchen Fall werden wir Sie rechtzeitig darauf hinweisen und Ihnen Maßnahmen vorschlagen, wie Sie den Versicherungsschutz aufrechterhalten können.

§ 14 Wann ist eine Aussetzung der Beitragszahlung möglich?

Wenn Ihre Versicherung mindestens 24 Monate bestanden hat und bis dahin keine Beitragsrückstände angefallen sind, können Sie mit uns für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten eine Aussetzung der Beitragszahlung für Ihre fondsgebundene Rentenversicherung vereinbaren. Voraussetzung ist, dass der Geldwert des vorhandenen Deckungskapitals mindestens 1.500,00 EUR beträgt. Die Aussetzung der Beitragszahlung müssen Sie in Textform beantragen. Durch eine Aussetzung der Beitragszahlung werden keine weiteren Beitragsteile dem Anlagestock zugeführt (vgl. § 13 Abs. 1). Mit der Wiederaufnahme der Beitragszahlung können Sie verlangen,

die auf den Aussetzungszeitraum entfallenden Beiträge durch eine einmalige Zuzahlung oder durch eine Erhöhung der Beiträge für die restliche Beitragszahlungsdauer auszugleichen.

§ 15 Welche Anlagemöglichkeiten haben Sie?

Anlagemöglichkeiten

(1) Die Fonds, in denen die zur Anlage bestimmten Teile Ihrer Beiträge und Zuzahlungen angelegt werden sollen, können Sie aus der von uns angebotenen Liste selbst auswählen. Für jede Zuzahlung gemäß § 19 Abs. 1 können Sie auch eine andere Fondsauswahl als für Ihre Beiträge treffen. Sie können die zur Anlage bestimmten Teile Ihrer Beiträge und Zuzahlungen in bis zu zehn Fonds gleichzeitig investieren. Dabei muss der Anteil jedes einzelnen Fonds mindestens 10 % betragen. Im Deckungskapital Ihrer Versicherung können Sie bis zu 25 Fonds gleichzeitig halten.

Anlaufmanagement

(2) Sie können für einen Einmalbeitrag ein Anlaufmanagement vereinbaren. Für eine Zuzahlung gemäß § 19 Abs. 1 können Sie ebenfalls ein Anlaufmanagement vereinbaren, sofern zum Zuzahlungstermin nicht schon das Ablaufmanagement eingeschaltet ist (siehe Absatz 5). Bei Vereinbarung des Anlaufmanagements legen wir den zur Anlage bestimmten Teil des Einmalbetrags bzw. der Zuzahlung zunächst in einen von uns ausgewählten risikoarmen Fonds an. Über die vereinbarte Dauer des Anlaufmanagements schichten wir die Anteile dieses Fonds dann schrittweise zu Beginn eines jeden Monats in die von Ihnen ausgewählten Zielfonds um. Die erste Umschichtung erfolgt bei einem Einmalbeitrag zu Versicherungsbeginn und bei einer Zuzahlung zu Beginn des Monats, zu dem die Zuzahlung geleistet wird. Umgeschichtet wird jeweils ein Betrag von 1 geteilt durch die am Umschichtungstermin noch verbleibende Dauer des Anlaufmanagements in Monaten der noch vorhandenen Anteile des risikoarmen Fonds. Beispielsweise werden bei einer vereinbarten Dauer des Anlaufmanagements von 24 Monaten zu Beginn des ersten Monats 1/24 der vorhandenen Fondsanteile, zu Beginn des zweiten Monats 1/23 der dann vorhandenen Fondsanteile, zu Beginn des dritten Monats 1/22 der dann vorhandenen Fondsanteile usw. bis zu allen dann noch vorhandenen Fondsanteilen zu Beginn des 24. Monats umgeschichtet.

Während des Anlaufmanagements können Sie jederzeit zusätzliche Umschichtungen aus dem risikoarmen Fonds in die Zielfonds vornehmen. Schichten Sie sämtliche noch vorhandenen Anteile des risikoarmen Fonds um, endet das Anlaufmanagement vorzeitig. Rückumschichtungen aus den Zielfonds in den risikoarmen Fonds sind nicht möglich. Das Anlaufmanagement und alle in seinem Rahmen vorgenommenen Umschichtungen von Fondsanteilen sind für Sie kostenlos.

Änderung der Fondsauswahl und Fondswechsel

(3) Sie können jederzeit in Textform eine Änderung der Auswahl oder der prozentualen Aufteilung der Fonds für die künftigen zur Anlage bestimmten Teile Ihrer Beiträge verlangen. Die Änderung der Fondsauswahl führen wir spätestens am zweiten Börsentag nach Zugang Ihres Antrags in unserer Hauptverwaltung mit Wirkung zum nächsten Monatsersten durch. Je Kalenderjahr sind vier Änderungen der Fondsauswahl kostenlos.

(4) Außerdem können Sie jederzeit in Textform einen Wechsel der dem Deckungskapital Ihrer Ver-

sicherung zu Grunde liegenden Fonds verlangen (Fondswechsel). In diesem Fall wird der Wert der umzuschichtenden Anteileneinheiten ermittelt und in Anteileneinheiten der neuen Fonds umgerechnet. Ausgabeaufschläge fallen dabei nicht an. Die Umrechnung nehmen wir spätestens am zweiten Börsentag nach Zugang Ihres Antrags in unserer Hauptverwaltung vor. Wünschen Sie den Fondswechsel zu einem bestimmten Termin, muss Ihr Antrag spätestens zwei Börsentage vor dem gewünschten Termin in unserer Hauptverwaltung zugehen. Je Kalenderjahr sind vier Fondswechsel kostenlos.

Ablaufmanagement

(5) In den letzten 60 Monaten vor Rentenbeginn führen wir ein Ablaufmanagement zur Sicherung des erreichten Werts Ihrer Versicherung durch. Voraussetzung ist, dass am vorgesehenen Beginn des Ablaufmanagements kein Anlaufmanagement (Absatz 2) aktiv ist. Beim Ablaufmanagement schichten wir die gutgeschriebenen Anteile aller in das Ablaufmanagement einbezogenen Fonds schrittweise zu jedem Monatsersten in risikoärmere Fonds aus unserem dann gültigen Fondsangebot um. Der umzuschichtende Anteil des Fondsguthabens ergibt sich aus der Anzahl der verbleibenden Monate bis zum Rentenbeginn. Im ersten Monat wird 1/60 des Fondsguthabens umgeschichtet, im zweiten Monat 1/59 usw. bis zum restlichen Fondsguthaben im letzten Monat vor Rentenbeginn. Vor Beginn des Ablaufmanagements erhalten Sie von uns eine Information über den Start des Ablaufmanagements und die Zielfonds, in die die Umschichtungen erfolgen. Sie haben dann die Möglichkeit, dem Ablaufmanagement zu widersprechen. Ein laufendes Ablaufmanagement können Sie zu jedem Monatsersten ausschalten. Ebenso können Sie ein ausgeschaltetes Ablaufmanagement zu jedem Monatsersten wieder einschalten. Das Ablaufmanagement und alle in seinem Rahmen vorgenommenen Umschichtungen des Fondsguthabens sind für Sie kostenlos.

§ 16 Was geschieht, wenn die Rücknahme von Fondsanteilen ausgesetzt oder eingestellt wird?

(1) Wenn die Kapitalanlagegesellschaft die Rücknahme von Anteilen eines im Deckungskapital Ihrer Versicherung enthaltenen Fonds aussetzt oder einstellt, kann bei Fälligkeit einer Leistung oder bei Rückkauf der Rücknahmepreis zur Ermittlung des Werts einer Anteileneinheit nicht angesetzt werden, da wir die Anteile nicht an die Kapitalanlagegesellschaft zurückgeben können. In diesen Fällen werden wir den Wert einer Anteileneinheit anhand des aktuellen Preises am Kapitalmarkt ermitteln. Der Preis kann auf Grund der verminderten Veräußerbarkeit der Fondsanteile geringer sein, als der zuletzt von der Kapitalanlagegesellschaft gestellte Rücknahmepreis. Diese Wertminderung kann auch zu einem Totalverlust führen.

(2) Wenn die Kapitalanlagegesellschaft die Rücknahme von Anteileneinheiten eines Fonds aussetzt oder einstellt, ist ein Wechsel des entsprechenden Fonds (Fondswechsel gemäß § 15 Abs. 4) nicht möglich.

§ 17 Unter welchen Voraussetzungen können wir das Fondsangebot ändern?

(1) Das bei Vertragsabschluss gültige Fondsangebot kann während der Vertragslaufzeit Änderungen unterliegen. Wir können weitere Fonds in unser Fondsangebot aufnehmen. Aus dem Fondsangebot herausnehmen können wir einen Fonds nur, wenn für den Fonds eine erhebliche Änderung eintritt, die wir

nicht beeinflussen können. Solche Änderungen sind beispielsweise

- die Schließung oder Auflösung eines Fonds durch die Kapitalanlagegesellschaft,
- die Änderung der Anlagegrundsätze eines Fonds durch die Kapitalanlagegesellschaft,
- die nachträgliche Erhebung oder die Erhöhung von Kosten, mit denen wir beim Fondseinkauf belastet werden,
- die erhebliche Unterschreitung der Fondsperformance eines Fonds im Vergleich zum Marktdurchschnitt,
- die deutliche Verschlechterung oder der Wegfall von Ratings eines Fonds.

Eine erhebliche Änderung kann sich auch aus Gesetzen oder aufsichtsrechtlichen Anforderungen ergeben. Eine Liste mit den aktuell zur Auswahl stehenden Fonds können Sie jederzeit bei uns anfordern.

(2) Nehmen wir einen Fonds aus dem Fondsangebot heraus und ist Ihre Versicherung davon betroffen, werden wir Sie benachrichtigen und Ihnen als Ersatz einen neuen Fonds benennen, der in seiner Zusammensetzung dem Anlageprofil des bisherigen Fonds am nächsten liegt (Ersatzfonds). Ab Zugang der Benachrichtigung können Sie innerhalb von vier Wochen einen anderen Fonds aus unserem aktuellen Fondsangebot als Ersatz für den wegfallenden Fonds auswählen. Eine Liste der zur Auswahl stehenden Fonds erhalten Sie mit der Benachrichtigung. Benennen Sie uns bis zum Ablauf dieser Frist keinen Fonds, werden wir den in der Benachrichtigung genannten Ersatzfonds verwenden. Wenn wir Sie nicht rechtzeitig informieren können, weil ein Fonds kurzfristig aus dem Fondsangebot herausgenommen werden musste, werden wir ebenfalls den von uns vorgeschlagenen Ersatzfonds verwenden. Sie können dann innerhalb von vier Wochen ab Zugang unserer Benachrichtigung den Ersatzfonds durch einen anderen Fonds aus unserem aktuellen Fondsangebot austauschen. Ein Fondswechsel auf Grund des Wegfalls eines Fonds aus dem Fondsangebot ist kostenlos.

§ 18 Wie können Sie den Beginn der Rentenzahlung flexibel gestalten?

Teilrenten und Liquiditätsreserve

(1) Zum vereinbarten Rentenbeginn können Sie auch nur einen Teilbetrag des Deckungskapitals Ihrer Versicherung für die Rentenzahlung verwenden (Teilrente) und den Rest als Liquiditätsreserve im Anlagestock belassen. Voraussetzung ist, dass die Teilrente den Mindestbetrag von 600,00 EUR jährlich erreicht und die Liquiditätsreserve einen Wert von mindestens 2.500,00 EUR hat. Ihr Antrag muss uns in Textform spätestens einen Monat vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente vorliegen. Aus der Liquiditätsreserve können Sie jederzeit Entnahmen verlangen, sofern die Entnahme mindestens 1.000,00 EUR beträgt und die verbleibende Liquiditätsreserve einen Wert von mindestens 1.000,00 EUR hat. Unterschreitet die verbleibende Liquiditätsreserve diesen Mindestbetrag, können Sie die Liquiditätsreserve nur vollständig entnehmen. Als Stichtag zur Ermittlung des Werts der Liquiditätsreserve legen wir den zweiten Börsentag nach Zugang Ihres Antrags auf die Entnahme in unserer Hauptverwaltung zu Grunde. Drei Entnahmen aus der Liquiditätsreserve während des Rentenbezugs sind kostenlos. Sie können aber auch jederzeit verlangen, dass die Liquiditätsreserve zum nächsten Monatsersten ganz oder teilweise zur Erhöhung der versicherten Rente verwendet wird. Eine teilweise Verwendung

ist jedoch nur möglich, wenn die verbleibende Liquiditätsreserve einen Wert von mindestens 1.000,00 EUR hat. Spätestens zu Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, müssen Sie die Liquiditätsreserve vollständig entnehmen oder zur Erhöhung der versicherten Rente verwenden. Für eine Verrentung der Liquiditätsreserve garantieren wir Ihnen einen Rentenfaktor auf Basis der gleichen Sterblichkeit und des gleichen Zinses, die dem zum ursprünglichen Rentenbeginn garantierten Rentenfaktor zu Grunde lagen (vgl. § 2 Abs. 2). Sollte sich nach den zum Verrentungstermin für neu abzuschließende Rentenversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) ein höherer Rentenfaktor ergeben, wird dieser verwendet. Im Todesfall der versicherten Person wird der Wert der Liquiditätsreserve ausgezahlt. Als Stichtag zur Ermittlung des Werts der Liquiditätsreserve legen wir den zweiten Börsentag nach Zugang der Meldung des Todesfalls in unserer Hauptverwaltung zu Grunde.

Vorziehen des Beginns der Rentenzahlung

(2) Sie können jederzeit in Textform verlangen, den Beginn der Rentenzahlung auf einen früheren als den ursprünglich vereinbarten Zeitpunkt, maximal bis auf den nächsten Monatsersten vorzuziehen. Dadurch vermindert sich der Rentenfaktor. Für den garantierten Rentenfaktor zum neuen Rentenbeginn gelten die gleichen Berechnungsgrundlagen (Sterblichkeit, Zins), die dem zum ursprünglichen Rentenbeginn garantierten Rentenfaktor zu Grunde lagen (vgl. § 2 Abs. 2).

(3) Ergibt sich zum neuen Rentenbeginn eine versicherte Rente von weniger als 600,00 EUR jährlich, wird an Stelle einer Rente eine Kapitalabfindung erbracht. Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Unter den Bedingungen von Absatz 1 können Sie zum neuen Rentenbeginn auch nur eine Teilrente erhalten und den Rest des auf Ihren Vertrag entfallenden Teils des Anlagestocks als Liquiditätsreserve im Anlagestock belassen.

(5) Wird der Rentenbeginn vorgezogen, ist eine vollständige oder teilweise Kapitalabfindung zum neuen Rentenbeginn mit der in § 2 Abs. 4 genannten Antragsfrist möglich. Beträgt der Zeitraum zwischen dem Vorziehen des Rentenbeginns und dem neuen Rentenbeginn weniger als 36 Monate, wird als Kapitalabfindung der Auszahlungsbetrag, der bei einer Kündigung zum Ende der Aufschubzeit fällig würde, erbracht (§ 22 Abs. 2).

Hinausschieben des Beginns der Rentenzahlung

(6) Bis spätestens einen Monat vor dem vereinbarten Rentenbeginn können Sie in Textform verlangen, den Beginn der Rentenzahlung auf einen späteren als den ursprünglich vereinbarten Zeitpunkt hinauszuschieben. Sie können den Rentenbeginn entweder unter Fortsetzung der Beitragszahlung oder beitragsfrei hinausschieben. Der neue Rentenbeginn darf nicht später als zu Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, liegen. Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, wird diese gegebenenfalls auf die für das neue Alter bei Rentenbeginn maximal zulässige Rentengarantiezeit reduziert. Durch ein Hinausschieben des Beginns der Rentenzahlung erhöht sich der Rentenfaktor. Wir garantieren Ihnen zum neuen Rentenbeginn einen Rentenfaktor auf Basis der gleichen Sterblichkeit und des gleichen Zinses, die dem zum ursprünglichen Rentenbeginn garantierten Rentenfaktor zu Grunde lagen (vgl. § 2 Abs. 2). Sollte sich nach den

zum neuen Rentenbeginn für neu abzuschließende Rentenversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) ein höherer Rentenfaktor ergeben, wird dieser zur Ermittlung der versicherten Rente verwendet.

(7) Unter den Bedingungen von Absatz 1 können Sie zum neuen Rentenbeginn auch nur eine Teilrente erhalten und den Rest des auf Ihren Vertrag entfallenden Teils des Anlagestocks als Liquiditätsreserve im Anlagestock belassen.

(8) Wird der Rentenbeginn hinausgeschoben, ist eine vollständige oder teilweise Kapitalabfindung zum neuen Rentenbeginn mit der in § 2 Abs. 4 genannten Antragsfrist möglich.

§ 19 Wann können Sie Zuzahlungen leisten? Zuzahlung während der Aufschubzeit

(1) Während der Aufschubzeit können Sie zu Beginn eines jeden Monats eine Zuzahlung zu Ihrer fondsgebundenen Rentenversicherung leisten. Die Zuzahlung muss mindestens 500,00 EUR betragen. Die Summe aller in einem Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen darf 50.000,00 EUR nicht übersteigen. Höhere Zuzahlungen sind nur mit unserer Zustimmung möglich.

Zuzahlung nach Rentenbeginn

(2) Sie können auch nach Beginn der Rentenzahlung zu Beginn eines jeden Monats eine Zuzahlung zur Erhöhung der versicherten Rente leisten. Die Zuzahlung muss mindestens 500,00 EUR betragen. Die Summe aller in einem Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen darf 50.000,00 EUR nicht übersteigen. Höhere Zuzahlungen sind nur mit unserer Zustimmung möglich. Eine gegebenenfalls vereinbarte garantierte Rentensteigerung erstreckt sich auch auf die Erhöhung der versicherten Rente aus der Zuzahlung.

(3) Die Erhöhung der versicherten Rente aus einer Zuzahlung nach Rentenbeginn berechnen wir mit dem am Zuzahlungstermin erreichten Alter der versicherten Person und den am Zuzahlungstermin für neu abzuschließende Rentenversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins).

§ 20 Unter welchen Voraussetzungen können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen?

(1) Während der Aufschubzeit können Sie jederzeit in Textform die Entnahme von Kapital aus Ihrer Versicherung verlangen, sofern

- der Geldwert der Entnahme mindestens 1.000,00 EUR beträgt,
- der Entnahmebetrag nicht höher ist als die zum Zeitpunkt der Entnahme bei Tod fällige Leistung und
- der Geldwert des nach der Entnahme verbleibenden Deckungskapitals mindestens 1.500,00 EUR beträgt.

Das Kapital entnehmen wir aus dem Deckungskapital Ihrer Versicherung. Als Stichtag zur Ermittlung des Werts der Anteilheiten, die dem Deckungskapital entnommen werden, legen wir den zweiten Börsentag nach Zugang Ihres Antrags auf Kapitalentnahme in unserer Hauptverwaltung zu Grunde. Drei Kapitalentnahmen während der Aufschubzeit sind kostenlos.

(2) Eine Rückzahlung der Kapitalentnahme ist nicht möglich.

(3) Ist für den Todesfall während der Aufschubzeit Kapitalschutz oder Beitragsrückgewähr vereinbart (vgl. § 2 Abs. 6), vermindern sich nach einer Kapitalentnahme die der Todesfalleistung zu Grunde gelegten Beiträge im Verhältnis des verbleibenden zum vor der Kapitalentnahme vorhandenen Deckungskapital.

§ 21 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre fondsgebundene Rentenversicherung in eine nicht fondsgebundene Rentenversicherung umwandeln?

(1) Sie können Ihre fondsgebundene Rentenversicherung durch eine Erklärung in Textform mit Frist von einem Monat zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode, frühestens zum Ende des ersten Versicherungsjahres, in eine von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene nicht fondsgebundene Rentenversicherung umwandeln.

(2) Bei der Umwandlung bleiben Ihre Beitragszahlungsweise und die Höhe Ihres Beitrags unverändert. Auch der bisher vorgesehene Rentenbeginn ändert sich nicht. Die versicherten Leistungen berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis des neuen Tarifs. Dabei legen wir den Geldwert des Deckungskapitals am fünftletzten Börsentag des Monats, in dem die Umwandlung erfolgt, zu Grunde. Soweit sich die vertraglich vereinbarte Leistung für den Todesfall durch die Umwandlung erhöht, können wir die Umwandlung vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung der versicherten Person abhängig machen.

§ 22 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Leistungen erbringen wir?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in Textform kündigen. Nach Beginn der Rentenzahlung können Sie nicht mehr kündigen.

Auszahlungsbetrag

(2) Nach einer Kündigung zahlen wir den Rückkaufswert (Absätze 3 und 4), vermindert um den Abzug (Absatz 5). Die die Ihrer Versicherung bereits zugeleiteten Überschussanteile sind in dem Rückkaufswert enthalten.

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

Rückkaufswert

(3) Der Rückkaufswert ist nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz der nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Zeitwert - dies ist der Wert des Deckungskapitals - der Versicherung. Bei Versicherungen mit laufenden Beiträgen ist der Rückkaufswert jedoch mindestens der Zeitwert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 60 Monate der Vertragslaufzeit ergibt. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als 60 Monate, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 25 Abs. 2 Satz 4).

(4) Als Stichtag zur Ermittlung des Werts des Deckungskapitals für den Rückkaufswert legen wir den fünftletzten Börsentag des Monats, in dem die Versicherung endet, zu Grunde.

Abzug bei Kündigung

(5) Von dem nach Absatz 3 und 4 ermittelten Wert nehmen wir einen Abzug vor, der aus zwei Teilen

besteht. Der erste Teil ist ein Festbetrag von 75,00 EUR. Dieser Teil des Abzugs entfällt, wenn bereits mindestens $\frac{3}{4}$ der vereinbarten Aufschubzeit vergangen sind. Bei beitragsfrei gestellten Versicherungen entfällt er ebenfalls. Der zweite Teil des Abzugs wird erhoben, wenn der um den ersten Teil des Abzugs verminderte Rückkaufswert die bei einem Todesfall zum Kündigungstermin fällige Todesfalleistung (vgl. § 2 Abs. 6) übersteigt. Er beträgt 15 % dieses Unterschiedsbetrages.

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

Mögliche Nachteile einer Kündigung

(6) **Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Bei Versicherungen mit laufenden Beiträgen ist in der Anfangszeit der Versicherung wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 25) nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 Satz 2 bis 4 als Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren erreicht der Rückkaufswert nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist der Rückkaufswert in den ersten Jahren der Vertragslaufzeit in der Regel geringer als der gezahlte Einmalbeitrag, weil dem Einmalbeitrag die Abschluss- und Vertriebskosten sowie ein Teil der übrigen Kosten entnommen werden. Außerdem wird bei einer Kündigung der in Absatz 5 genannte Abzug vorgenommen. Einen garantierten Mindestbetrag für den Rückkaufswert gibt es nicht.**

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 23 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(1) An Stelle einer Kündigung nach § 22 können Sie in Textform verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (Beitragsfreistellung). In diesem Fall wird die Versicherung zum Schluss der Versicherungsperiode, für die letztmalig ein vollständiger Beitrag gezahlt wurde, ganz oder teilweise unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach § 22 Abs. 3 in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt.

Kein Abzug bei einer Beitragsfreistellung

(2) Einen nach § 169 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz möglichen Abzug nehmen wir bei einer Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung nicht vor.

Mögliche Nachteile einer Beitragsfreistellung

(3) **Wenn Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 25) nur der Mindestwert gemäß § 22 Abs. 3 Satz 2 bis 4 als Deckungskapital nach einer Bei-**

tragsfreistellung vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der gezahlten Beiträge für das Deckungskapital nach einer Beitragsfreistellung zur Verfügung. Einen garantierten Mindestbetrag für das Deckungskapital nach einer Beitragsfreistellung gibt es nicht.

Mindestversicherungsleistung für eine Beitragsfreistellung

(4) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und unterschreitet der Geldwert des vorhandenen Deckungskapitals Ihrer Versicherung den Mindestbetrag von 3.000,00 EUR, können Sie Ihre Versicherung beenden und den Auszahlungsbetrag nach § 22 Abs. 2 erhalten oder die Versicherung beitragspflichtig weiterführen. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn der fortzuzahlende Beitrag 240,00 EUR jährlich nicht unterschreitet.

§ 24 Wann können Sie nach einer Beitragsfreistellung die Beitragszahlung wieder aufnehmen?

(1) Innerhalb von 36 Monaten nach einer Beitragsfreistellung der Versicherung können Sie verlangen, die Beitragszahlung ganz oder teilweise wieder aufzunehmen (Wiederinkraftsetzung). Der Beitrag muss mindestens 240,00 EUR jährlich betragen.

(2) Mit der Wiederinkraftsetzung der Versicherung können Sie verlangen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallenden Beiträge durch eine einmalige Zuzahlung oder durch eine Erhöhung der Beiträge für die restliche Beitragszahlungsdauer auszugleichen.

(3) Für die Wiederinkraftsetzung der Versicherung und den Ausgleich der auf die beitragsfreie Zeit entfallenden Beiträge gelten die bisherigen Berechnungsgrundlagen (Sterblichkeit, Zins) für den garantierten Rentenfaktor (vgl. § 2 Abs. 2) und die Risikobeiträge (vgl. § 13 Abs. 1).

§ 25 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

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

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie der Beispielrechnung für die Barmenia PrivatRente Invest entnehmen.

(2) Bei Versicherungen mit laufenden Beiträgen wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und auf Grund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese

Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

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

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestwert gemäß § 22 Absatz 3 Satz 2 bis 4 für einen Rückkaufwert oder das Deckungskapital nach einer Beitragsfreistellung vorhanden ist (vgl. §§ 22 und 23).

(5) Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag und bei Zuzahlungen entnehmen wir die Abschluss- und Vertriebskosten dem Einmalbeitrag bzw. der Zuzahlung. Die übrigen Kosten werden zum Teil dem Einmalbeitrag bzw. der Zuzahlung entnommen und ansonsten über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

§ 26 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheines
- Fristsetzung in Textform bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Verzug mit Beiträgen
- Rückläufer im SEPA-Lastschriftverfahren
- Erstellung von Angeboten für Vertragsänderungen
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen
- Änderungen der Fondsauswahl ab der fünften Änderung innerhalb eines Kalenderjahres
- Durchführung von Fondswechseln ab dem fünften Fondswechsel innerhalb eines Kalenderjahres
- Entnahmen von Kapital aus Ihrer Versicherung ab der vierten Entnahme während der Aufschubzeit
- Übertragung von Anteileinheiten an Stelle der Zahlung eines Geldbetrages
- Entnahmen aus der Liquiditätsreserve ab der vierten Entnahme während des Rentenbezugs.

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

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

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

§ 27 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

(1) Während der Aufschubzeit erhalten Sie von uns jährlich eine Mitteilung, der Sie den Wert der Anteil-

einheiten sowie den Wert des Deckungskapitals entnehmen können; der Wert des Deckungskapitals wird in Anteileneinheiten und als Geldbetrag aufgeführt.

(2) Auf Wunsch geben wir Ihnen den Wert Ihrer Versicherung jederzeit an.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (z. B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

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

§ 29 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

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

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

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

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

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

maßgebend sein können.

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

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

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

§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

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

§ 31 Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

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

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

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

Versicherungsombudsmann

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

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

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

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Rechtsweg

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

Unser Beschwerdemanagement

(6) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Sie können eine Beschwerde auf allen allgemein üblichen Kommunikationswegen (z. B. per Brief, E-Mail, Fax, Telefon) einreichen. Sie erreichen uns derzeit wie folgt:

Barmenia Lebensversicherung a. G.
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Telefon: +49 202 438-00
Fax: +49 202 438-2703
E-Mail: info@barmenia.de

Anhang der Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Kündigung Ihrer Versicherung

Bei Kündigung Ihrer Versicherung wird der in § 22 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Abzug erhoben. Bei seiner Kalkulation wird folgender Umstand berücksichtigt:

Ausgleich von Veränderungen der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, erhöht sich durch eine Kündigung das Risiko in der Risikogemeinschaft. Daher wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass dem verbleibenden Versichertenbestand durch die Kündigung kein Nachteil entsteht. Dabei stellt der zweite Teil des Abzugs einen Ausgleich dafür dar, dass der Rückkaufswert bei Kündigung nicht auf die bei Tod der versicherten Person zum Kündigungstermin fällige Leistung beschränkt wird.

Zusatzbedingungen für die Pflege-Option bei der Barmenia PrivatRente Invest

(Option auf eine Rente mit Rentenzuschlag bei Pflegebedürftigkeit)

Barmenia
Lebensversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Wann gelten diese Zusatzbedingungen und wie ist ihr Verhältnis zu den Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest?	11
§ 2	Wann besteht die Pflege-Option?	11
§ 3	Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie die Pflege-Option ausüben?	11
§ 4	Wie können Sie die Pflege-Option ausüben?	12
§ 5	Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	12
§ 6	Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beansprucht werden?	13
§ 7	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?	14

Anhänge

Anhang 1 zu § 5 Abs. 5 Einzelpunkte der Module 1 bis 6 Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul	15
Anhang 2 zu § 5 Abs. 5 Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte) Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul	20

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

(1) Diese Zusatzbedingungen gelten für Ihren Vertrag nur dann, wenn die Pflege-Option zu Ihrer Rentenversicherung besteht (siehe § 2).

(2) Diese Zusatzbedingungen ergänzen die Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest. Soweit in diesen Zusatzbedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest, insbesondere die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die nach Ausübung der Pflege-Option versicherte Rente sinngemäß Anwendung.

§ 2 Wann besteht die Pflege-Option?

(1) Die Pflege-Option besteht zu Ihrer Rentenversicherung nur dann, wenn dies im Versicherungsschein dokumentiert ist.

(2) Die Pflege-Option ist zu Versicherungsbeginn automatisch und ohne Mehrbeitrag in Ihre Rentenversicherung eingeschlossen, wenn

- die vereinbarte Aufschubzeit Ihrer Rentenversicherung mindestens 120 Monate beträgt und
- der vereinbarte Rentenbeginn nach Vollendung des 63. Lebensjahres und vor Vollendung des 73. Lebensjahres der versicherten Person liegt.

Nach Versicherungsbeginn kann die Pflege-Option nicht mehr eingeschlossen werden.

(3) Die Pflege-Option erlischt, wenn

- Sie den vereinbarten Rentenbeginn verändern, so dass
- sich die Aufschubzeit auf weniger als 120 Monate verkürzt oder
- der neue Rentenbeginn vor Vollendung des 63. Lebensjahres oder nach Vollendung des 73. Lebensjahres der versicherten Person liegt oder
- Sie in den letzten 120 Monaten der Aufschubzeit eine Zuzahlung zu Ihrer Rentenversicherung leisten.

Ist die Pflege-Option erloschen, kann sie nicht wieder eingeschlossen werden.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie die Pflege-Option ausüben?

(1) Wenn Sie die Pflege-Option ausüben, zahlen wir an Stelle der ursprünglich versicherten Rente eine niedrigere Rente (Optionsrente), wenn die versicherte Person den vereinbarten Rentenbeginn erlebt.

Ist die versicherte Person bei Rentenbeginn oder wird sie nach Rentenbeginn voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen gemäß § 5 pflegebedürftig, zahlen wir einen Rentenzuschlag, der die bisher gezahlte Rente verdoppelt. Den Rentenzuschlag zahlen wir ebenfalls, wenn die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen gemäß § 5 pflegebedürftig gewesen ist, obwohl diese Dauer bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht voraussehbar war.

Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, erhöht sich auch der Rentenzuschlag jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt zum gleichen Termin wie die Erhöhung der Optionsrente.

(2) Der Anspruch auf den Rentenzuschlag entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, jedoch nicht vor dem vereinbarten Rentenbeginn.

(3) Der Rentenzuschlag wird gezahlt, solange die versicherte Person lebt. Er wird auch weitergezahlt, wenn eine Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt.

(4) Haben Sie für den Todesfall nach Rentenbeginn die Kapitalrückzahlung oder eine Rentengarantiezeit von mehr als fünf Jahren vereinbart (vgl. § 2 Abs. 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest), stellen wir die Todesfallleistung bei Ausübung der Pflege-Option in eine Rentengarantiezeit von fünf Jahren um.

Eine gegebenenfalls vereinbarte Rentengarantiezeit gilt für den Rentenzuschlag nicht.

(5) Die Höhe der versicherten Optionsrente ermitteln wir aus dem bei Rentenbeginn vorhandenen Wert des Deckungskapitals Ihrer Rentenversicherung sowie dem davon für den Rentenzuschlag benötigten Anteil. Der Ermittlung des Wertes des Deckungskapitals legen wir den fünfletzten Börsentag des letzten Monats der Aufschubzeit zu Grunde.

Bei der Ermittlung der versicherten Optionsrente verwenden wir die Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins), die dem zum ursprünglichen Rentenbeginn garantierten Rentenfaktor zu Grunde liegen (vgl. § 2 Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest). Sollte sich zum vereinbarten Rentenbeginn mit den dann für neu abzuschließende Rentenversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) eine höhere Optionsrente ergeben, werden diese zur Ermittlung der versicherten Optionsrente verwendet.

Der Berechnung des für den Rentenzuschlag benötigten Anteils legen wir die zum Berechnungstermin für neu abzuschließende Pflegerentenversicherungen mit gleichwertiger Definition der Pflegebedürftigkeit geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) zu Grunde.

§ 4 Wie können Sie die Pflege-Option ausüben?

(1) Die Pflege-Option können Sie innerhalb der letzten drei Monate vor dem vereinbarten Rentenbeginn in Textform ausüben. Die Ausübung ist auch möglich, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

Wenn Sie die Pflege-Option ausgeübt haben, kann diese Entscheidung nicht wieder rückgängig gemacht werden.

(2) Beträgt die nach § 3 Abs. 5 ermittelte Optionsrente weniger als 600,00 EUR jährlich, kann die Pflege-Option nicht ausgeübt werden.

(3) Wenn Sie die Pflege-Option ausüben, ist das Vorhalten einer Liquiditätsreserve (§ 18 Abs. 1 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest) nicht möglich.

(4) Mit Ausübung der Pflege-Option erlöschen Ihre Rechte auf

- eine vollständige oder teilweise Kapitalabfindung (§ 2 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest),
- eine Zuzahlung (§ 19 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest) und
- eine Vorauszahlung auf sämtliche noch ausstehenden Renten aus einer Rentengarantiezeit (§ 2 Abs. 5 der Allgemeinen Bedingungen für die Barmenia PrivatRente Invest).

§ 5 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

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

- a) Pflegebedürftigkeit auf Grundlage von Verrichtungen des täglichen Lebens und kognitiven Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags (Absätze 2 und 3),
- b) Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 2 in Anlehnung an §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI in der Fassung vom 21.12.2015 (Absätze 4 bis 6).

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

(2) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie in mindestens vier der in Absatz 3 genannten neun Bereichen aus den Verrichtungen des täglichen Lebens und kognitiven Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags auch

bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

(3) Die versicherte Person benötigt Hilfe in den Bereichen

1. Aufstehen und Positionswechsel
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Krücke oder eines speziellen Griffes nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (z. B. Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. Ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.
2. Fortbewegen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und ihr das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten durch eine andere Person möglich ist.
3. Waschen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannelift sich nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die versicherte Person beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.
4. An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhlöffel oder Knöpfhilfe sich nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.
5. Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße nur mit Hilfe einer anderen Person bereitstehende Getränke aufnehmen und bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, gegebenenfalls Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.
6. Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie spezieller Griffe oder Toilette mit Duschfunktion nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz der Blase bzw. des Darms, liegt Hilfebedarf vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter, Stomabeutel verwenden kann.

7. Kommunizieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt

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

8. Denkvermögen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist, das heißt

- die versicherte Person benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern oder Auffordern
- beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst und
- beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitäten

oder

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

9. Umgang mit Emotionen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (z. B. bei der

- Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet, das heißt, sie fühlt sich verfolgt, bedroht oder bestohlen und hat starke Ängste oder Sorgen oder
- antriebslos und schwer depressiv ist, das heißt, sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig oder apathisch.

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

(4) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch Andere bedarf. Die versicherte Person darf die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 5 festgelegten Schwere bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. **Mobilität**
Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. **kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. **Selbstversorgung**
Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(6) Bei Änderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit oder der Einteilung in verschiedene Pflegegrade bleiben die Definitionen der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung in die Pflegegrade gemäß Absatz 4 und 5 in Verbindung mit den Anhängen 1 und 2 bestehen.

§ 6 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beansprucht werden?

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

- a) Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder unter-sucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

- d) eine Aufstellung
- der Ärzte und anderen Heilbehandler, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

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

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

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

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

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

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

Anhang 1 zu § 5 Abs. 5
Einzelpunkte der Module 1 bis 6
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

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

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

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

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

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

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

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

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

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

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

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

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

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

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

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

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

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

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

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

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

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

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

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

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

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

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

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

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

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

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

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

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

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

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

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

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

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

Anhang 2 zu § 5 Abs. 5

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

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