

Versicherungsbedingungen für den Existenzschutz Komfort der TARGO Lebensversicherung AG

Sehr geehrter Kunde,

nachfolgend sind die Versicherungsbedingungen und die Kundeninformation
abgedruckt.

Mit diesen Unterlagen wenden wir uns an Sie als Versicherungsnehmer.

Weitere Informationen können Sie außerdem online im Internet unter
www.targoversicherung.de oder per Post (TARGO Lebensversicherung AG,
Proactiv-Platz 1, 40721 Hilden) abrufen.

Darüber hinaus stehen wir Ihnen persönlich von montags bis freitags von
8.00 bis 20.00 Uhr und samstags von 9.00 bis 14.00 Uhr unter unserer
Service-Nummer 02103 34-7100 zur Verfügung.

Ihre TARGO Lebensversicherung AG

Existenzschutz Komfort

Nachfolgend erhalten Sie die Versicherungsbedingungen und die Kundeninformation.

Sehr geehrter Kunde!
Mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Versicherungsnehmer.

0. Allgemeine Bedingungen für den Existenzschutz Komfort

Stand: Januar 2017

§ 1 Was ist versichert?

Das Produkt Existenzschutz Komfort der TARGO Lebensversicherung AG ist eine Risikoversicherung, die bei Eintritt besonderer, in § 1 (1) dieser Bedingungen näher definierten Notlagen (Versicherungsfälle) die in § 1 (2) aufgeführten Versicherungsleistungen erbringt. Diese Leistungen sind insbesondere geeignet, Einkommenseinbußen und sonstigen besonderen Kapitalbedarf, die durch die jeweilige Notlage entstehen, auszugleichen bzw. zu reduzieren.

(1) Ein Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eines der folgenden versicherten Ereignisse eintritt:

- Eintritt einer schweren Krankheit (siehe § 2 (1))
- Eintritt von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit (siehe § 2 (2))
- Eintritt von Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 (3))

Einzelheiten zur Definition der versicherten Ereignisse finden sich unter § 2. Im Rahmen dieser Bedingungen sind für die Begriffe „schwere Krankheit“, „verminderte Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit“ und „Pflegebedürftigkeit“ immer und ausschließlich die dort aufgeführten Definitionen zugrunde legen. Für die Beurteilung unserer Leistungspflicht sind darüber hinaus besonders die folgenden Regelungen zu Leistungsumfang und Leistungseinschränkungen in § 1 (2) bis § 1 (5), insbesondere Überlebenszeiten in § 1 (3) und Wartezeiten in § 1 (5) sowie die allgemeinen Ausschlüsse in § 4 und die Nachprüfung der Leistungspflicht in § 12 zu beachten.

Welche Leistungen erbringen wir?

(2) Bei Eintritt des Versicherungsfalles erbringen wir für das jeweilige versicherte Ereignis im Sinne des § 1 (1) die folgenden Leistungen:

- a) Bei Eintritt einer schweren Krankheit (§ 2 (1)) zahlen wir in einem Betrag die im Versicherungsschein genannte Kapitalleistung. Die Kapitalleistung kann sich infolge zugeteilter Überschüsse (siehe § 16) weiter erhöhen.

Haben wir aufgrund des Eintritts einer schweren Krankheit eine Leistung erbracht und tritt später eine weitere schwere Krankheit ein, werden wir unter den folgenden Voraussetzungen erneut leisten:

- Aufgrund derselben Leistungsdefinition für die schwere Krankheit wurde von uns nicht schon früher eine Leistung erbracht.

- Die weitere schwere Krankheit ist nicht auf dieselbe Grunderkrankung zurückzuführen wie eine frühere schwere Krankheit, aufgrund derer wir eine Leistung erbracht haben.

- Wir haben vor Eintritt der weiteren schweren Krankheit noch keine Leistungen aufgrund einer Krebserkrankung (siehe § 2 (17)) erbracht.

- Wenn es sich bei der weiteren schweren Krankheit um einen Herzinfarkt (siehe § 2 (1.1)) oder einen Schlaganfall (siehe § 2 (1.2)) handelt, gilt für eine erneute Leistungspflicht: Wir haben vor Eintritt der weiteren schweren Krankheit noch keine Leistungen aufgrund eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls erbracht.

Bei Rentenleistung aufgrund des Eintritts von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit oder aufgrund des Eintritts von Pflegebedürftigkeit ist die Zahlung einer Kapitalleistung wegen des Eintritts einer schweren Krankheit nicht ausgeschlossen.

Die Leistungen erfolgen erst nach Ablauf der Wartezeiten gemäß § 1 (5).

- b) Bei Eintritt von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit oder bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit zahlen wir die im Versicherungsschein genannte garantierte monatliche Rente bei gleichzeitiger Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Die garantierte Rente kann sich infolge zugeteilter Überschüsse (siehe § 16) um eine Rente aus der Überschussbeteiligung erhöhen.

Solange wir eine Rentenleistung aufgrund des Eintritts von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit oder aufgrund des Eintritts von Pflegebedürftigkeit erbringen, ist die Zahlung einer weiteren monatlichen Rente aufgrund des Eintritts eines weiteren versicherten Ereignisses ausgeschlossen.

Wann entsteht der Anspruch?

(3) Der Anspruch auf eine Kapitalleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit entsteht mit Ablauf von 28 Tagen, gerechnet ab dem auf die Diagnose der schweren Krankheit folgenden Tag. Überlebt die versicherte Person diesen Zeitraum von 28 Tagen nach Diagnose der schweren Krankheit nicht, entfällt unsere Leistungspflicht.

(4) Der Anspruch auf die monatliche Rente und die Beitragsbefreiung bei Eintritt von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit oder bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist. Werden uns die Voraussetzungen für unsere Leistungspflicht erst später nachgewiesen, leisten wir dennoch rückwirkend ab diesem Zeitpunkt, maximal jedoch für einen rückwirkenden Zeitraum von zwölf Monaten.

Unsere Leistungspflicht endet für die monatliche Rente bei Eintritt von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit oder bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit Erreichen des jeweils für die versicherte Person vereinbarten Endalters der Leistungsdauer, das höchstens 67 Jahre beträgt. Das vereinbarte späteste Ende der Leistungsdauer können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Unsere Leistungspflicht endet vorzeitig, wenn die versicherte Person vor Erreichen dieses Datums verstirbt oder eine Nachprüfung im Sinne des § 12 ergibt, dass die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.

Welche Wartezeiten gelten?

(5) Unsere Leistungspflicht entsteht nur, wenn das versicherte Ereignis im Sinne des § 1 (1) nach Ablauf der folgenden Wartezeiten eintritt:

- a) Für den Eintritt einer schweren Krankheit bestehen folgende Wartezeiten:

- Wartezeit von drei Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes. Das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, wenn die Diagnose der schweren Krankheit innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

- Wartezeit von drei Monaten nach Eintritt einer schweren Krankheit für eine weitere schwere Krankheit. Das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen für eine weitere schwere Krankheit, die innerhalb der ersten drei Monate nach Diagnose einer schweren Krankheit eintritt, aufgrund derer wir eine Leistung erbringen.

- Für die schweren Krankheiten Multiple Sklerose (§ 2 (1.3)), Chronische respiratorische Insuffizienz (§ 2 (1.4)) sowie Parkinson'sche Krankheit (§ 2 (1.6)) gilt darüber hinaus: Es besteht auch dann kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, wenn erstmalige Symptome für eine Multiple Sklerose, eine Chronische respiratorische Insuffizienz bzw. einer Parkinson'schen Krankheit innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten.

- b) Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gelten jeweils dieselben Wartezeiten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

Was gilt für die Fortzahlung der Beiträge?

(6) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiterentrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht für die monatliche Rente bei Eintritt von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit oder bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit zurückzahlen. Wir sind auf Ihren Wunsch hin bereit, die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht, längstens jedoch fünf Jahre, zinslos zu stunden. Erkennen wir die Leistung nicht an, sind die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen.

§ 2 Was ist ein versichertes Ereignis im Sinne dieser Bedingungen?

Als versicherte Ereignisse im Sinne dieser Bedingungen gelten der Eintritt einer schweren Krankheit gemäß § 2 (1), der Eintritt von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit gemäß § 2 (2) und der Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 (3).

(1) Schwere Krankheit

Leistungspflicht für den Eintritt einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen liegt – unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß § 1 (2) bis § 1 (5) und § 12 – vor, wenn bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine schwere Krankheit im Sinne der nachfolgenden Definitionen eintritt; als Eintritt der schweren Krankheit gilt dabei ihre erstmalige Diagnose.

Für den Eintritt einer schweren Krankheit gelten die Wartezeiten gemäß § 1 (5) a).

(1.1) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einem akuten Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr geführt hat, wenn zusätzlich jede der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist

- a) Neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, werden nachgewiesen.
- b) Die herzspezifischen Marker weisen einen für einen Herzinfarkt charakteristischen Verlauf auf.
- c) Im betroffenen Herzmuskelbereich ist ein Funktionsverlust durch eine verminderte Auswurfleistung des Herzens unter 55 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen nachweisbar.

(1.2) Schlaganfall

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einem Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarktes oder einer intrazerebralen oder subarachnoidalen Blutung, wenn zusätzlich jede der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- a) Das Vorliegen eines Schlaganfalls wird durch Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen.
- b) Der Schlaganfall führt zu einem neurologischen Defizit, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und unabänderlich nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen ohne anzuhalten oder sich setzen zu müssen.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und unabänderlich – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe in der Lage, bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke zu sich zu nehmen, oder muss dauerhaft und unabänderlich parenteral ernährt werden.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und unabänderlich nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel mittels Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - Die versicherte Person hat die Funktionsfähigkeit einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit vollständig, dauerhaft und unabänderlich verloren. Eine komplette Gliedmaße ist definiert als ein Arm einschließlich der Hand oder als ein Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neurologisch nachgewiesen werden.
- c) Die Beurteilung, ob ein neurologisches Defizit die unter b) aufgeführten Bedingungen erfüllt, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

(1.3) Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einer entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks, wenn zusätzlich jede der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- a) Es wird mittels Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark (Zerstörung des Nervengewebes) nachgewiesen.
- b) Es besteht weiterhin eine durch diese(n) Entmarkungsherd(e) erklärable neurologische Einschränkung, die einem Wert von 4,5 in der Expanded Disability Status Scale oder einer vergleichbaren Skala entspricht.

(1.4) Chronische respiratorische Insuffizienz

Chronische respiratorische Insuffizienz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einer unabänderlichen, chronischen, hochgradigen Atemfunktionsstörung, die auch unter optimaler Therapie die Voraussetzungen von a) und/oder b) erfüllt:

- a) Eine dauerhafte Sauerstofftherapie von mindestens acht Std./Tag ist erforderlich und wird nachgewiesen.
- b) Es wird nachgewiesen, dass alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - Der FEV1-Wert ist kleiner als ein Liter/s.
 - Der Atemwegwiderstand ist auf mindestens 0,5 kPa/(Liter/s) erhöht.
 - Das Residualvolumen ist größer als 60 % der totalen Lungkapazität.
 - Das intrathorakale Gasvolumen ist auf mehr als 170 erhöht (in % des Sollwerts gemessen).

(1.5) Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im terminalen Stadium, das eine Dauerdialysebehandlung oder eine Nierentransplantation erforderlich macht. Die Notwendigkeit der Dauerdialysebehandlung wird durch einen nephrologischen Bericht belegt. Die Versicherungsleistung erfolgt nach Beginn der Dialysebehandlung bzw. nach erfolgter Transplantation.

(1.6) Parkinson'sche Krankheit

Eine Parkinson'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einer langsam fortschreitenden degenerativen Erkrankung des Zentralnervensystems, die zu einer Degeneration von Nervenzellen in einem Gebiet des Gehirns führt, welche die Absenkung des Dopaminspiegels in Teilen des Gehirns zur Folge hat, wenn zusätzlich jede der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- a) Die Erkrankung wurde von einem Neurologen diagnostiziert.
- b) Mögliche Differentialdiagnosen wurden explizit ausgeschlossen.
- c) Die Symptome sind fortschreitend.
- d) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die – auch unter fachgerechter Therapie – einem Wert von mindestens 4 in der Parkinsonskala nach Hoehn und Yahr entsprechen.

(1.7) Krebs

a) Bei Krebs handelt es sich um histologisch nachgewiesenes bösartiges Zellwachstum (z.B. Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist.

Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor

- bei einer Krebserkrankung bzw. Lymphknotenkrebs ab Stadium II. Dabei werden die unter d) genannten Klassifikationen bzw. Einteilungen für Stadien bzw. Grade herangezogen.
 - bei Leukämie (Blutkrebs), die eine Anämie (Blutarmut) verursacht hat.
- b) Versicherungsschutz besteht zusätzlich bei Tumorerkrankungen des Gehirns ab Grad II. Dabei wird die unter d) genannte Klassifikation bzw. Einteilung herangezogen.
- c) Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes bestätigt sein. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z.B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut).
- d) Klassifikation der Erkrankungen

Krebserkrankungen (ausgenommen Leukämie und Lymphknotenkrebs) werden entsprechend der "TNM classifications of malignant tumours, seventh edition" der Union for International Cancer Control (UICC) in vier Stadien (I bis IV) klassifiziert. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung. Unter Lymphknotenkrebs fallen Hodgkin-Lymphome sowie alle Non-Hodgkin-Lymphome mit Ausnahme der lymphatischen Leukämien.

Lymphknotenkrebs wird je nach Ausprägung in die folgenden vier Stadien eingeteilt:

- Stadium I: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells
 - Stadium II: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells
 - Stadium III: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells
 - Stadium IV: Befall von primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark)
- Tumorerkrankungen des Gehirns werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System) in Grade I bis IV unterteilt.

(2) Verminderte Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit

Leistungspflicht für den Eintritt von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt – unter Berücksichtigung der Regelungen in § 1 (2), § 1 (4) und § 12 – vor, wenn bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer infolge eines während der Versicherungsdauer eintretenden Verlusts einer Grundfähigkeit im Sinne der nachfolgenden Definitionen unter § 2 (2.2) eine verminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne der nachfolgenden Definition gemäß § 2 (2.1) eintritt.

(2.1) Verminderte Erwerbsfähigkeit

a) Verminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Als Erwerbstätigkeit gilt dabei jede Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist, wobei es auf die Höhe der Einkünfte nicht ankommt. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, und der bisher ausgeübte Beruf der versicherten Person werden bei der Feststellung der Erwerbsfähigkeit nicht berücksichtigt.

Wichtiger Hinweis: Die vorstehende Definition für die verminderte Erwerbsfähigkeit entspricht der des § 43 SGB VI (Stand 30.04.2013). **Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung für unser Leistungsversprechen im Rahmen dieser Bedingungen führen.**

b) Der Nachweis der verminderten Erwerbsfähigkeit muss erfolgen durch die Stellungnahme eines Arztes unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes der Beeinträchtigung sowie der verbliebenen Erwerbsfähigkeit oder durch Vorlage eines entsprechenden Bescheides eines Sozialversicherungsträgers. In beiden Fällen muss zudem der Nachweis dafür, dass die verminderte Erwerbsfähigkeit durch den Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne des § 2 (2.2) verursacht wurde, durch die Stellungnahme eines Arztes erfolgen.

(2.2) Verlust einer Grundfähigkeit

Der Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn bei der versicherten Person einer der nachfolgend unter § 2 (2.2.1) bis § 2 (2.2.11) beschriebenen Zustände eintritt und dieser Zustand unabänderlich und nicht mehr therapierbar ist. Dabei gilt: Hat die versicherte Person eine Grundfähigkeit bereits seit einem Zeitraum von zwölf Monaten verloren, gilt im Rahmen dieser Versicherung der Verlust der Grundfähigkeit als unabänderlich und nicht mehr therapierbar. In diesem Fall erbringen wir die vereinbarte Rentenleistung – sofern die weiteren Voraussetzungen vorliegen, insbesondere die verminderte Erwerbsfähigkeit gemäß § 2 (2.1) weiter besteht, und mit der Einschränkung des § 1 (4) – rückwirkend zum Beginn dieses Zeitraums. Unser Recht auf eine Nachprüfung gemäß § 12 bleibt davon unberührt.

(2.2.1) Sehen

- a) Es liegt ein Verlust der Grundfähigkeit Sehen im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn die versicherte Person blind im Sinne der nachfolgenden Definition ist und kein Fall der nachfolgenden Bestimmungen b) vorliegt:
 - Blindheit ist die unabänderliche und nicht therapierbare Reduktion der Sehfähigkeit in folgendem Umfang:
 - Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt auch unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln
 - nicht mehr als 1/50, oder
 - nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
 - nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
 - nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf zehn Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder

- mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf fünf Grad oder weiter eingeschränkt ist.

b) Ein Verlust der Grundfähigkeit Sehen im Sinne dieser Bedingungen liegt jedoch nicht vor, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne der vorstehenden Definition nicht mehr besteht.

c) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Augenheilkunde unter Angabe des verbleibenden Rest-Visus (max. verbleibendes Rest-Sehvermögen) erfolgen.

(2.2.2) Sprechen

a) Es liegt ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn die versicherte Person infolge einer unabänderlichen und nicht therapierbaren Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht mehr in der Lage ist, ohne Hilfsmittel mittels Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren und kein Fall der nachfolgenden Bestimmungen b) vorliegt.

b) Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen im Sinne dieser Bedingungen liegt jedoch nicht vor bei Verlust der Sprechfähigkeit infolge nicht organischer Ursachen.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen im Sinne dieser Bedingungen liegt insbesondere auch nicht bei psychogenem Sprachverlust vor.

c) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Neurologie unter Vorlage von Nachweisen über die Ursachen und den Umfang des Sprachausfalls erfolgen.

(2.2.3) Hören

a) Es liegt ein Verlust der Grundfähigkeit Hören im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn die versicherte Person taub im Sinne der nachfolgenden Definition ist und kein Fall der nachfolgenden Bestimmungen b) vorliegt:

Taubheit ist der unabänderliche und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit auf beiden Ohren für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.

b) Ein Verlust der Grundfähigkeit Hören im Sinne dieser Bedingungen liegt jedoch nicht vor, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

c) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde unter Vorlage der Ergebnisse einer audiometrischen Untersuchung und eines Tonschwellentests erfolgen.

(2.2.4) Sich orientieren

a) Es liegt ein Verlust der Grundfähigkeit Sich orientieren im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn die versicherte Person vollständig nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren, und dieser Zustand unabänderlich und nicht therapierbar ist und kein Fall der nachfolgenden Bestimmungen b) vorliegt.

b) Ein Verlust der Grundfähigkeit Sich orientieren im Sinne dieser Bedingungen liegt jedoch nicht vor, wenn der Verlust der Orientierungsfähigkeit auf Neurosen und Psychosen, Alkoholismus und andere toxische Schädigungen und deren Folgen zurückzuführen ist.

c) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Neurologie unter Vorlage der Ergebnisse der üblicherweise durchgeführten standardisierten Tests erfolgen.

(2.2.5) Handfunktionen

a) Ein Verlust der Grundfähigkeit Handfunktion im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person sowohl nicht mehr in der Lage ist, mit der linken, als auch nicht mehr in der Lage ist, mit der rechten Hand

- einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen, oder
- einen Schlüssel in ein Buntbartschloss einzuführen und das Buntbartschloss zu öffnen oder
- einen Bleistift vom Boden aufzuheben oder
- eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von 2 kg auszuführen, und dieser Zustand unabänderlich und nicht therapierbar ist.

b) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Orthopädie oder Neurologie oder Dermatologie unter Benennung des Kraftgrades, der Sensibilität und der Hautbeschaffenheit erfolgen.

(2.2.6) Heben und Tragen

a) Ein Verlust der Grundfähigkeit Heben und Tragen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person sowohl nicht mehr in der Lage ist, mit dem rechten, als auch nicht mehr in der Lage ist, mit dem linken Arm einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen, und dieser Zustand unabänderlich und nicht therapierbar ist.

b) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Orthopädie unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes der Beeinträchtigung sowie der verbliebenen Leistungsfähigkeit erfolgen.

(2.2.7) Arme bewegen

a) Ein Verlust der Grundfähigkeit Arme bewegen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor,

- wenn die versicherte Person sowohl nicht in der Lage ist, beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf zu bewegen und den Nacken zu berühren (Nackengriff), als auch nicht in der Lage ist, beide Hände gleichzeitig am Rücken zusammenzuführen (Schürzengriff) oder
- wenn die versicherte Person sowohl nicht in der Lage ist, beide Arme gleichzeitig seitwärts zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten, als auch nicht in der Lage ist, beide Arme gleichzeitig nach vorne zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten und beide Arme ein und auswärts zu drehen, und dieser Zustand unabänderlich und nicht therapierbar ist.

b) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Orthopädie unter Angabe der Ursachen und des Ausmaßes der Beeinträchtigung erfolgen.

(2.2.8) Treppen steigen

a) Ein Verlust der Grundfähigkeit Treppen steigen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist,

- eine Treppe mit 12 Stufen hinaufzugehen oder
- eine Treppe mit 12 Stufen hinabzugehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen, wobei eine Treppenstufenhöhe von 14 cm bis 18 cm zugrunde gelegt wird, und dieser Zustand unabänderlich und nicht therapierbar ist.

b) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Orthopädie unter Angabe der Ursachen und des Ausmaßes der Beeinträchtigung erfolgen.

(2.2.9) Gehen

a) Ein Verlust der Grundfähigkeit Gehen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden innerhalb

einer Zeitspanne von zehn Minuten und unter Verwendung verordneter Hilfsmittel gehend zurückzulegen ohne anzuhalten und ohne sich setzen zu müssen, und dieser Zustand unabänderlich und nicht therapierbar ist.

b) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Orthopädie unter Angabe der Ursachen und des Ausmaßes der Beeinträchtigung erfolgen.

(2.2.10) Stehen

a) Ein Verlust der Grundfähigkeit Stehen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person auch unter Verwendung verordneter Hilfsmittel keine zehn Minuten mehr stehen kann, ohne sich hinzuknien oder zu setzen, und dieser Zustand unabänderlich und nicht therapierbar ist.

b) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Orthopädie oder Neurologie unter Angabe der Ursachen und des Ausmaßes der Beeinträchtigung erfolgen.

(2.2.11) Knien und Bücken

a) Ein Verlust der Grundfähigkeit Knien und Bücken im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, den Boden zu berühren, und zwar weder durch Knien noch durch Bücken noch durch Kombination beider Bewegungsabläufe und sich dann innerhalb eines Zeitraums von zehn Minuten wieder aufzurichten, und der jeweilige Zustand unabänderlich und nicht therapierbar ist.

b) Der Nachweis muss durch die Stellungnahme (Attest) eines Facharztes für Orthopädie unter Angabe der Ursachen und des Ausmaßes der Beeinträchtigung erfolgen.

(3) Pflegebedürftigkeit

(3.1) Leistungspflicht bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt – unter Berücksichtigung der Regelungen in § 1 (2) bis § 1 (4) und § 12 – vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne einer der nachfolgenden Definitionen wird.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen. Ist die versicherte Person für einen Zeitraum von sechs Monaten pflegebedürftig im Sinne mindestens einer der nachstehenden Definitionen gewesen, so verzichten wir auf den Nachweis, dass dieser Zustand unabänderlich und nicht mehr therapierbar ist, und erbringen die vereinbarte Rentenleistung rückwirkend zum Beginn dieses Zeitraums. Unser Recht auf eine Nachprüfung gemäß § 12 bleibt davon unberührt.

(3.2) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Definitionen (3.2.1) oder (3.2.2) vollständig erfüllt wird.

Wichtiger Hinweis: Die Definition für die Pflegebedürftigkeit ist angelehnt an die des Elften Sozialgesetzbuches (Stand: 21.12.2015). **Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung für unser Leistungsverprechen im Rahmen dieser Bedingungen führen.**

(3.2.1) Einstufung in mindestens Pflegegrad 2 entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

a) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Dabei ist Voraussetzung, dass die versicherte Person

- körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder
- gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen

nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen und mindestens dem Pflegegrad 2 entsprechen.

b) Bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit werden gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten beurteilt.

Dabei sind Kriterien aus den folgenden sechs Bereichen maßgeblich:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der genannten Bereiche berücksichtigt. Zur genauen Erläuterung der Kriterien siehe Anhang 1.

c) 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 des im Folgenden erläuterten pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen des Pflegebegriffs gemäß diesen Bedingungen entsprechen. In jedem Modul werden die Beeinträchtigungen je nach ihrer Intensität nach einem Punktesystem von der Kategorie „keine Beeinträchtigung“ bis „schwerste Beeinträchtigung“ bewertet (zur genauen Erläuterung siehe Anhang 2). Jedes der Module hat zudem eine unterschiedliche Gewichtung innerhalb der Gesamtbewertung zur Bestimmung des Grades der Pflegebedürftigkeit. Diese Gewichtung erfolgt in Prozent und ist abhängig von der Intensität der Beeinträchtigung (zur genauen Erläuterung siehe Anhang 2). Aus der Kombination des Punktesystems mit der Gewichtung ergibt sich für jede Beeinträchtigung eine gewichtete Punktzahl, die gegebenenfalls mit gewichteten Punktzahlen weiterer Beeinträchtigungen zu einer Gesamtpunktzahl zusammengerechnet wird.

d) Auf Basis der nach Absatz c erreichten Gesamtpunkte ist die versicherte Person in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

- ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2
- ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3
- ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4
- ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5

(3.2.2) Einstufungskriterien nach dem Punktesystem

Die versicherte Person ist pflegebedürftig, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung 3 Punkte gemäß den nachstehenden Kriterien erreicht. Dies bedeutet, dass die versicherte Person bei mindestens drei Tätigkeiten des täglichen Lebens, die nachfolgend beschrieben sind, auf Dauer, voraussichtlich mindestens für sechs Monate, täglich in dem dort jeweils beschriebenen Umfang der Hilfe bedarf.

Für jede der folgenden Tätigkeiten des täglichen Lebens, die diese Voraussetzungen erfüllen, wird ein Punkt angerechnet:

Fortbewegen im Zimmer

- 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder ei-

nes Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen

- 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Verwendung eines Pflegebettes – nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

- 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

-1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen

- 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannen- griff oder Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

Verrichten der Notdurft

- 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt haben, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Wird der erste Beitrag erst danach angefordert, dann aber unverzüglich gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Entsprechendes gilt auch im Fall einer verspäteten Zahlung, sofern Sie diese nicht zu vertreten haben. Auf die Folgen, die mit der nicht rechtzeitigen Zahlung des ersten Beitrags verbunden sind, machen wir Sie durch einen besonderen Hinweis im Antrag bzw. Vertrag aufmerksam.

Bitte beachten Sie die Wartezeiten nach § 1 (5) für die Inanspruchnahme von Leistungen.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zum versicherten Ereignis im Sinne des § 1 (1) gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn das versicherte Ereignis verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder durch innere Unruhen. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes überraschend von Kriegsereignissen oder von inneren Unruhen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Nach Ablauf des zehnten Tages gilt für Gefahren aus Kriegsereignissen oder inneren Unruhen wiederum der oben genannte Ausschluss, es sei denn, die versicherte Person ist aus objektiven Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert, das Gefahrengebiet zu verlassen. Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie z. B. der Polizei oder des Bundesgrenzschutzes ist der unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotenzial verursachte Eintritt des versicherten Ereignisses im Sinne des § 1 (1), vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen Vereinbarung in Textform nicht mitversichert. Die Verwendung für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist von dieser Einschränkung der Leistungspflicht nicht erfasst, sofern die versicherte Person dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist;

b) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;

c) durch absichtliche Herbeiführung einer Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder mit der der Begünstigte vorsätzlich das versicherte Ereignis im Sinne des § 1 (1) herbeigeführt haben bzw. hat;

e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden;

g) durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift.

(3) Wir leisten außerdem nicht, wenn durch den Eintritt eines der unter § 4 (2) aufgeführten Ereignisse, Erkrankungen oder Verhaltensweisen bereits vor diesem Zeitpunkt bei der versicherten Person vorhandene Erkrankungen oder bestehende Gesundheitszustände derart verschlimmert werden, dass sie zu einem versicherten Ereignis im Sinne des § 1 (1) führen.

(4) Für einzelne versicherte Ereignisse, also den Eintritt einzelner schwerer Krankheiten, den Eintritt vermindelter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einzelner Grundfähigkeiten und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit, bestehen über die vorstehenden Ausschlüsse hinaus spezielle Einschränkungen unserer Leistungspflicht. Diese sind unter der jeweiligen Definition des versicherten Ereignisses (§ 2 (1) Eintritt einer schweren Krankheit, § 2 (2) Eintritt vermindelter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit, § 2 (3) Eintritt von Pflegebedürftigkeit) aufgeführt.

§ 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen

oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

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

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (siehe (2)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, sofern die fehlerhaften Antworten weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhen. Darüber hinaus ist das Rücktrittsrecht bei grober Fahrlässigkeit ausgeschlossen, wenn wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der tatsächlichen Umstände abgeschlossen hätten. Wenn dies nur zu anderen Bedingungen erfolgt wäre, z. B. unter Ausschluss bestimmter Erkrankungen oder mit einem erhöhten Beitrag, so können wir darauf bestehen, dass diese veränderten Konditionen rückwirkend gelten. Eine solche Vertragsanpassung kommt auch zum Tragen, wenn die fehlerhaften Angaben auf leichter Fahrlässigkeit beruhen.

Voraussetzung für einen Rücktritt oder eine Vertragsanpassung ist, dass wir erst nach Vertragsabschluss Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung erlangt haben. Nach Kenntniserlangung müssen wir diese Rechte schriftlich binnen eines Monats ausüben.

Wir beschränken das Rücktrittsrecht auch für den Fall vorsätzlicher bzw. arglistiger Falschangaben auf fünf Jahre nach Vertragsabschluss. Darüber hinaus verzichten wir auf das Recht, bei leicht fahrlässigen Anzeigepflichtverletzungen und fehlender Möglichkeit der Vertragsanpassung den Versicherungsvertrag vorzeitig zu kündigen. Schließlich werden wir bei schuldlosen Falschangaben weder von dem Recht der Vertragsanpassung noch von einem ggf. bestehenden Kündigungsrecht Gebrauch machen. Im Falle eines Rücktritts besteht für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall kein Versicherungsschutz, es sei denn, dass die fehlerhaften Angaben weder für den Versicherungsfall noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich sind. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir in keinem Fall zur Leistung verpflichtet.

Auf die Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir durch einen besonderen Hinweis im Antrag bzw. Vertrag aufmerksam gemacht.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag anfechten, falls durch falsche oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Vertragserklärung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung auch dann erklären, wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fünfjahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils erneut.

(6) Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 9 (2) unter Berücksichtigung des dort genannten Abzugs. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(7) Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Beitragszahlung entrichten. Die Wahl der Beitragszahlungsweise hat auch Auswirkungen auf die Summe der Beiträge, die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz bezahlen; das heißt, dass zum Beispiel eine jährliche Beitragszahlungsweise in der Summe insgesamt einen geringeren Beitragsaufwand erfordert als eine monatliche Beitragszahlungsweise.

(2) Die Beiträge müssen Sie wie vertraglich vereinbart zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode umfasst entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr oder ein halbes Jahr; bei jährlicher Beitragszahlungsweise und bei beitragsfreien Versicherungen beträgt die Versicherungsperiode ein Jahr.

(3) Den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie spätestens bis zu dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn bezahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag an uns zu entrichten.

(4) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, müssen Sie also darauf achten, dass Ihr Konto über eine ausreichende Deckung verfügt.

(5) Außerdem können maximal drei Monatsbeiträge zinslos gestundet werden, wenn seit Beginn der Versicherung mindestens ein Jahr vergangen ist. Ihr Versicherungsschutz bleibt dabei in vollem Umfang erhalten. Gestundete Beiträge müssen Sie nach Ablauf des Stundungszeitraumes in einem Betrag begleichen. Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Textform mit uns erforderlich.

(6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände von der auszahlenden Kapitalleistung bzw. Rente abziehen. Dies gilt auch dann, wenn die Versicherungsleistung nicht Ihnen als Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten zusteht.

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

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten, es sei denn, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrags verlangen. Diese Gebühr, die unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht, beläuft sich auf 10 % der Beiträge des ersten Versicherungsjahres. Es steht Ihnen der Nachweis offen, dass ein geringerer Aufwand angefallen ist.

Folgebeitrag

(2) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform. Darin werden wir die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern. Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen und die nachfolgend beschriebenen Rechtsfolgen angeben, die eintreten, wenn Sie nicht innerhalb der Frist zahlen.

Befinden Sie sich nach Fristablauf mit der Zahlung des angemahnten Beitrags, der Zinsen oder der Kosten in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur vollständigen Zahlung kein Versicherungsschutz; auch können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der angemahnte Betrag innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Kündigung gezahlt wird. Für zwischenzeitlich eingetretene Versicherungsfälle besteht in diesem Fall dennoch kein Versicherungsschutz.

§ 8 Wann können wir eine Erhöhung der Beiträge verlangen?

Bei einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Berechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags können wir die Beiträge nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch für bestehende Versicherungen erhöhen, sofern die Beitragserhöhung angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu gewährleisten. Bei beitragsfreien Versicherungen, für die eine Leistungspflicht noch nicht eingetreten ist, sind wir unter den vorgenannten Voraussetzungen zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt. In diesem Fall werden wir auf Ihren Wunsch hin den vereinbarten Versicherungsschutz gegen Zahlung des hierfür erforderlichen Betrags aufrechterhalten. Die Beitrags- bzw. Leistungsänderung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe folgt.

§ 9 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Zahlung des Rückkaufwerts

(1) Sie können Ihre Versicherung – allerdings nur solange noch keine Rentenleistung wegen des Eintritts von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit bzw. des Eintritts von Pflegebedürftigkeit bezogen wird jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 6 (2)) in Textform kündigen.

Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein (siehe nachfolgenden Absatz 2 am Ende).

(2) Nach Kündigung erhalten Sie den Rückkaufwert. Dieser entspricht dem nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten Deckungskapital Ihrer Versicherung, mindestens aber dem Betrag, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 15) auf die ersten fünf Versicherungsjahre ergibt. Bei einer kürzeren Beitragszahlungsdauer erfolgt die Verteilung auf diesen Zeitraum. Eine Beteiligung an Überschüssen erfolgt nicht, da diese nur für den Leistungsfall vorgesehen ist (siehe § 16 (3)).

Der nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelte Rückkaufwert wird bei Kündigung um einen Stornoabzug reduziert, der in Absatz 7 näher beschrieben wird.

Beitragsrückstände werden ebenfalls von dem ermittelten Rückkaufwert abgezogen. Unter besonderen Umständen sind wir berechtigt, den Rückkaufwert angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange unserer Versicherungsnehmer auszuschließen.

Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Insbesondere der Abzug der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 15) führt dazu, dass zunächst kein oder nur ein geringer Rückkaufwert vorhanden ist. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder auch keine Rückkaufwerte vorhanden.

Eine Übersicht über die garantierten Rückkaufwerte können Sie der in Ihrem Versicherungsschein enthaltenen Garantiewertetabelle entnehmen.

Rückzahlung der Beiträge

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

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Anstelle einer Kündigung nach (1) können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen in Textform verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein (siehe in diesem Absatz weiter unten).

In diesem Fall werden die Rentenleistungen und die Kapitalleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation unter Zugrundelegung des Rückkaufwerts nach Stornoabzug (siehe (2) und (7)) und Abzug eventuell rückständiger Beiträge neu berechnet.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Insbesondere der Abzug der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 15) führt dazu, dass zunächst kein oder nur ein geringer Kapitalbetrag für die Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistungen vorhanden ist. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Beträge für die Bildung von beitragsfreien Versicherungsleistungen zur Verfügung. Sofern Beitragsrückstände nicht vorhanden sind, erreichen die beitragsfreie Rente und die beitragsfreie Kapitalleistung jedoch mindestens einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebetrag, dessen jeweilige Höhe vom Zeitpunkt der Beitragsfreistellung abhängt.

Die Übersicht über die garantierten beitragsfreien Rentenleistungen und die beitragsfreie Kapitalleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(5) Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die nach (4) zu berechnende beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von 100 EUR monatlich erreicht.

(6) Nach einer Beitragsfreistellung nach (4) und (5) können Sie jederzeit mit einem Antrag in Textform die Beitragszahlung wieder aufnehmen und so den Versicherungsschutz in der ursprünglich vereinbarten Höhe wiederherstellen, sofern noch keine Rentenleistung wegen des Eintritts von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit bzw. des Eintritts von Pflegebedürftigkeit bezogen wird und der ursprünglich vereinbarte Ablauf der Beitragszahlungsdauer noch nicht erreicht ist. Den Beitrag berechnen wir dann nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Ein gemäß nachfolgend (7) vorgenommener Stornoabzug wird Ihrem Vertrag wieder gutgeschrieben. Innerhalb der ersten 6 Monate nach einer Beitragsfreistellung ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ohne Risikoprüfung möglich. Danach ist eine Risikoprüfung erforderlich, deren Ergebnis die Wiederaufnahme der Beitragszahlung auch ausschließen kann.

Bei einer Wiederaufnahme der Beitragszahlung, die nicht innerhalb der ersten 6 Monate nach einer Beitragsfreistellung erfolgt, berechnen wir den Beitrag nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis der dann für diese Versicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen.

Stornoabzug

(7) Bei Kündigung oder Beitragsfreistellung ziehen wir vom nach Absatz 2 ermittelten Rückkaufwert einen Stornoabzug ab. Der Abzug beträgt bei Kündigung oder bei Beitragsfreistellung die Hälfte der vereinbarten monatlichen Rente. Die Höhe des Abzugs kann dem Versicherungsschein entnommen werden. Der Abzug bei Kündigung entfällt bei einer gemäß Absatz 4 und 5 beitragsfrei gestellten Versicherung.

Wir vereinbaren den Stornoabzug mit Ihnen aus den nachfolgend aufgeführten Gründen:

Wir halten den Stornoabzug für angemessen, da eine Kündigung oder eine Beitragsfreistellung für uns und für den Versicherungsbestand mit Nachteilen verbunden ist. Diese sollen verursachungsgerecht und nicht nur vom verbleibenden Versicherungsbestand getragen werden. Diese Nachteile ergeben sich aus den folgenden Gründen:

Bei einer vorzeitigen Kündigung oder einer Beitragsfreistellung entstehen erhöhte Verwaltungskosten, welche wir in der Beitragskalkulation nicht berücksichtigt haben. Diese werden mit dem Storno-

abzug ausgeglichen. Die Kündigung oder die Beitragsfreistellung führen zu einer Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes. Der Stornoabzug soll sicherstellen, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Kündigung oder die Beitragsfreistellung kein Nachteil entsteht. Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabzugs tragen wir.

Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen bzw. der Stornoabzug in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabzug.

§ 10 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

(1) Werden Leistungen wegen eines versicherten Ereignisses im Sinne des § 1 (1) verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers Befundberichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt haben, in deutscher Sprache einzureichen, die insbesondere Aufschluss geben über Ursache, Beginn, Art, Schweregrad, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie ggf. über daraus resultierende Einschränkungen der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit sowie Erwerbsfähigkeit. Dabei sind insbesondere die im jeweiligen Abschnitt dieser Bedingungen für das konkrete versicherte Ereignis festgeschriebenen Anforderungen zu beachten. Sofern die versicherte Person im Ausland lebt, ist zusätzlich § 13 (2) zu beachten. Weiterhin ist zu beachten, dass gemäß § 1 (4) bei verspäteter Meldung des Versicherungsfalles eine Leistung von Renten nur für einen zeitlich begrenzten rückwirkenden Zeitraum erfolgt.

(2) Wir behalten uns das Recht vor, weitere notwendige Nachweise sowie – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte zu verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Sofern die versicherte Person im Ausland lebt, ist § 13 (2) zu beachten.

(3) Die versicherte Person ist verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und sich damit allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zu unterziehen, die eine wesentliche Besserung Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwarten lassen. Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten. Immer zumutbar sind Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z. B. Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen).

Nicht unter die Schadenminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.

(4) Wir können außerdem Unterlagen über die Höhe Ihres Bruttoeinkommens zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses sowie notwendige Auskünfte nach § 21 Absatz 4-7 verlangen.

(5) Während des Leistungsbezugs können wir jederzeit einen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt (Lebensnachweis). Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns herangezogenen Unterlagen erklären wir, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 10 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

§ 12 Was gilt für eine Nachprüfung der Leistungspflicht und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

Solange wir eine Rentenleistung aufgrund des Eintritts von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit oder aufgrund des Eintritts von Pflegebedürftigkeit erbringen, sind wir berechtigt, das Fortbestehen derjenigen Leistungsvoraussetzungen, aufgrund derer wir unsere Leistung erbringen, zu überprüfen.

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Sofern die versicherte Person im Ausland lebt, ist § 13 (2) zu beachten. Sind die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt, endet unsere Leistungsverpflichtung. In diesem Fall informieren wir den Versicherungsnehmer sowie ggf. die versicherte Person und den Bezugsberechtigten über das Ergebnis der Nachprüfung und teilen ihm die Einstellung unserer Leistungen in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung beim Versicherungsnehmer wirksam. Ab diesem Zeitpunkt besteht wieder die Pflicht zur Beitragszahlung.

§ 13 Was gilt bei Aufenthalt im Ausland und welche Mitwirkungspflichten bestehen dabei?

(1) Der Versicherungsschutz und die Beitragszahlungspflicht für diese Versicherung bestehen – sofern nichts anderes vereinbart ist – weltweit.

(2) Die ärztlichen Nachweise gemäß § 10 und § 12 zum Eintritt oder zum Fortbestehen des Versicherungsfalles müssen von einem innerhalb der Europäischen Union zugelassenen Arzt erstellt werden, sofern wir nicht im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen. Zusätzlich können wir verlangen, dass die gemäß § 10 und § 12 erforderlichen Nachweise in deutscher Sprache vorgelegt werden (mit öffentlich beglaubigter Übersetzung). An den hierbei entstehenden Kosten für eine Übersetzung der erforderlichen Unterlagen beteiligen wir uns nicht. Darüber hinaus können wir für die gemäß § 12 erforderlichen Nachweise verlangen, dass ärztliche Untersuchungen in Deutschland vorgenommen werden. In diesem Fall übernehmen wir die Kosten der ärztlichen Untersuchung sowie die angemessenen Reise- und Aufenthaltskosten.

§ 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 10 (1) bis § 10 (4), § 12 oder § 13 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen grober Fahrlässigkeit tragen Sie. Unsere Leistungspflicht bleibt allerdings bestehen, soweit die Pflichtverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wurde. Auf die Folgen einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung von Mitwirkungspflich-

ten wird durch einen besonderen Hinweis aufmerksam gemacht.

Wird eine Mitwirkungspflicht nach § 12 verspätet erfüllt, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Der vorstehende Satz gilt sinngemäß für die jeweiligen Mitwirkungspflichten nach § 13 (2).

Wird der Lebensnachweis nach § 10 (5) nicht unverzüglich erbracht, können wir unsere Leistungen bis zu dessen Vorlage zurückhalten.

§ 15 Was bedeutet die Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten?

(1) Durch den Abschluss und Vertrieb von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung des Rückkaufswerts (siehe § 9 (2)) bestimmt sind. Der zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 25 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass zunächst nur geringe Beträge zur Bildung eines Rückkaufswerts (siehe § 9 (2)) oder einer beitragsfreien Versicherungssumme (siehe § 9 (4)) vorhanden sind. Nähere Informationen können Sie der in Ihrem Versicherungsschein enthaltenen Garantiewertetabelle entnehmen.

§ 16 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Überschussermittlung

(1) Um zu jedem Zeitpunkt der Versicherungsdauer den vereinbarten Versicherungsschutz zu gewährleisten, bilden wir Rückstellungen. Die zur Bedeckung dieser Rückstellungen erforderlichen Mittel werden angelegt und erbringen Kapitalerträge. Aus diesen Kapitalerträgen, den Beiträgen und den angelegten Mitteln werden die zugesagten Versicherungsleistungen erbracht und die Kosten von Abschluss und Verwaltung des Vertrags gedeckt. Je größer die Erträge aus den Kapitalanlagen sind, je weniger vorzeitige Versicherungsfälle eintreten und je kostengünstiger wir arbeiten, umso größer sind dann entstehende Überschüsse, an denen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer beteiligen. Die Überschussermittlung erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und des Handelsgesetzbuches (HGB) und den zu diesen Gesetzen erlassenen Rechtsverordnungen.

Überschussbeteiligung

(2) Die Überschussbeteiligung nehmen wir nach Grundsätzen vor, die uns durch das VAG aufgegeben sind und deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde überwacht. Nach diesen Grundsätzen haben wir gleichartige Versicherungen zu Bestandgruppen zusammengefasst; diese werden Abrechnungsverbande genannt. Von den Kapitalerträgen kommt den Versicherungsnehmern als Überschussbeteiligung mindestens der in der Rechtsverordnung zu § 140 VAG (Mindestzuführungsverordnung) jeweils festgelegte Anteil zugute, abzüglich der Beträge, die für die zugesagten Versicherungsleistungen benötigt werden. Nach der derzeitigen Fassung der Verordnung beträgt dieser Anteil 90 %. Der nach (1) ermittelte Überschuss wird, soweit er nicht zur Ausschüttung als Aktionärsdividende oder zur sonstigen gesetzmäßigen Verfügung, z. B. einer unmittelbaren Zuteilung von Überschussanteilen, vorgesehen ist, den einzelnen Abrechnungsverbänden zugeordnet und in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellt. Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir sie ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen oder bei sehr ungünstigem Risikoverlauf bzw. bei einem eventuellen Solvabilitätsbedarf den in Satz 3 dieses Absatzes genannten Anteil unterschreiten. Zu welchem Abrechnungsverband Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen dieses Abrechnungsverbandes. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden, soweit nicht eine unmittelbare Zuteilung als Direktgutschrift vorgesehen ist, der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Überschussverwendung

(3) Die Überschussanteile werden nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen für Ihre Versicherung verwendet:

a) Es besteht noch keine Leistungspflicht.

Die Überschussanteile werden zur Erhöhung der versicherten Rente und der versicherten Kapitalleistung bei schwerer Krankheit verwendet (Bonus). Der Bonus wird in Prozent der versicherten Leistung festgesetzt; er wird nur im Leistungsfall fällig. Bei einer Senkung dieses Prozentsatzes werden wir Sie informieren und Ihnen eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung anbieten, so dass die Summe aus versicherter Leistung und Bonus unverändert bleibt.

b) Es besteht eine Leistungspflicht.

Versicherungen, aus denen eine Rentenleistung wegen des Eintritts von verminderter Erwerbsfähigkeit infolge des Verlusts einer Grundfähigkeit bzw. dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit bezogen wird, erhalten Zinsüberschussanteile. Der Zinsüberschussanteil wird in Prozent des Deckungskapitals Ihrer Versicherung zum Zuteilungsstichtag festgelegt und alljährlich zugeteilt, erstmalig zu Beginn des Versicherungsjahres, das frühestens ein Jahr nach Beginn der Leistung beginnt. Bei der Berechnung des Deckungskapitals werden die für die Beitragsberechnung verwendeten Rechnungsgrundlagen benutzt. Der Zinsüberschussanteil wird als Einmalbeitrag für eine beitragsfreie Zusatzrente verwendet, die zusammen mit der versicherten Rente fällig wird. Endet die Leistungspflicht, so verfällt die beitragsfreie Zusatzrente ohne Wert.

§ 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

§ 18 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person (Bezugsberechtigter) benannt haben, dem die Versicherungsleistung zustehen soll.

(2) Bis zur jeweiligen Fälligkeit der Versicherungsleistungen können Sie das Bezugsrecht grundsätzlich jederzeit widerrufen und – sofern Sie dies wünschen – eine andere Person als Bezugsberechtigten benennen. Dies ist nur dann ausgeschlossen, wenn Sie zuvor ausdrücklich bestimmt haben, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich erwerben soll.

In diesem Fall kann das Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der von Ihnen benannten Person aufgehoben oder geändert werden.

(3) Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

§ 19 Zu welchen Anlässen können Sie die Versicherungsleistungen anpassen (Nachversicherungsgarantie)?

(1) Aufgrund der Nachversicherungsgarantie haben Sie das Recht, Ihre bei Vertragsabschluss vereinbarte Rentenleistungen und damit auch die Kapitalleistung bei schwerer Krankheit nach Eintritt eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen:

- Baubeginn oder Kauf einer Immobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000 EUR zur Eigennutzung durch die versicherte Person;
- Heirat/Verpartnerung der versicherten Person;
- Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person;
- Aufnahme einer Berufstätigkeit nach erfolgreichem Abschluss eines Hochschul-, Fachhochschulstudiums in einem durch das Studium angestrebten Beruf oder einer abgeschlossenen Berufsausbildung durch die versicherte Person;
- Einkommenserhöhung von mindestens 20 % innerhalb eines Jahres aus nichtselbstständiger Tätigkeit der versicherten Person;
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfordert (verkammerter Beruf), sofern die versicherte Person aus dieser beruflichen Tätigkeit sein hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht.

(2) Das Recht auf Nachversicherung kann nur innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Ereignisses wahrgenommen werden. Der Eintritt des Ereignisses ist uns innerhalb dieses Zeitraumes in geeigneter Form nachzuweisen.

(3) Die Nachversicherung wird mit der noch ausstehenden Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer der Versicherung abgeschlossen. Es finden alle Bestimmungen wie für die ursprünglich versicherte Rente sinngemäß Anwendung. Die versicherte Kapitalleistung bei schwerer Krankheit erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Rente. Der zusätzliche Beitrag für die Erhöhung errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnerischen Alter (*) der versicherten Person und der restlichen Beitragszahlungsdauer. Dabei werden die dann für diese Versicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen zu Grunde gelegt und der Beitrag der Versicherung um diesen zusätzlichen Beitrag erhöht.

(4) Die jeweilige Erhöhung (inklusive Bonusrente) muss mindestens 120 EUR Jahresrente betragen. Die Erhöhungen aller Nachversicherungen dürfen insgesamt höchstens 20 % der ursprünglich versicherten Rente betragen, wobei die versicherte Gesamtjahresrente (inklusive Bonusrente) 18.000 EUR nicht überschreiten darf. Die Anzahl der Erhöhungen ist auf drei beschränkt. Die Gesamtjahresrente muss nach Erhöhungen aufgrund der Nachversicherungsgarantie im Hinblick auf eine gesetzliche, betriebliche oder weitere private Versorgung in Bezug auf die Einkommensverhältnisse der versicherten Person finanziell angemessen sein; ein entsprechendes Überprüfungsrecht behalten wir uns vor.

(5) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsüberprüfung erlischt, wenn die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat, die zurückgelegte Versicherungsdauer der Versicherung mehr als zehn Jahre oder die verbleibende Versicherungsdauer weniger als fünf Jahre beträgt. Ferner besteht auch dann keine Möglichkeit der Nachversicherung mehr, wenn die Versicherung gekündigt wurde oder bereits Leistungen aus dieser Versicherung (Rentenleistung oder Kapitalleistung bei schwerer Krankheit) erbracht bzw. beantragt wurden.

§ 20 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren drei Jahre nach dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchsteller von den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangt haben müsste, spätestens aber zehn Jahre nach Ihrer Entstehung. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang unserer Entscheidung in Textform gehemmt.

§ 21 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

(1) Eine Änderung Ihrer Adresse müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Adresse abgesandt werden kann und unsere Erklärung in dem Zeitpunkt wirksam wird, in dem sie Ihnen ohne die Adressänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen sein würde. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

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

(3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine im Inland ansässige Person (Zustellungsbevollmächtigter) benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen.

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

- bei Vertragsabschluss,
- 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.

(5) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 4 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 deutsche oder ausländische Steueridentifikationsnummern, das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

(6) 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 ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(7) Eine Verletzung Ihrer Mitteilungspflichten gemäß den Absätzen 4 und 5 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.

§ 22 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

• Kosten für zusätzlichen Verwaltungsaufwand in besonderen Fällen

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir Ihnen die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen, beispielsweise bei:

- Erteilung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein,
- Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen,
- vom Zahlungspflichtigen zu vertretene fehlgeschlagene Lastschriftabbuchungen,
- Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers,
- Mahnung in Textform bei Nichtzahlung von Versicherungsbeiträgen oder
- Erstellung von versicherungsmathematischen Gutachten.

• Ausweis der Kosten in der Kostenübersicht

(2) Die Höhe der aus den in Abschnitt 1 genannten Gründen veranlassten Kosten können Sie unserem beiliegenden Kostenverzeichnis für zusätzlichen Verwaltungsaufwand entnehmen. Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuchs - BGB) für die Zukunft angepasst werden. Das jeweils aktuelle Kostenverzeichnis können Sie jederzeit bei uns anfordern oder auf unserer Homepage unter www.targoversicherung.de/kostenverzeichnis einsehen.

Wir behalten uns vor für besondere Anlässe, die nicht in der Kostenübersicht stehen, Kostenpauschalen zu nehmen. Diese Anlässe müssen zusätzlichen Aufwand in der Verwaltung verursachen. Wir stellen Ihnen dann die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung. Die Kosten erheben wir nur, wenn wir sie weder nach dem Gesetz noch weil wir es mit Ihnen vereinbart haben, tragen müssen.

• Möglichkeit des Nachweises geringerer Kosten

(3) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert und sehen die Kosten als angemessen an.

Die Angemessenheit müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns dann nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall überhaupt nicht angemessen sind, entfallen die Kosten. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall nur in geringerer Höhe angemessen sind, setzen wir die Kosten entsprechend herab.

• Weiterberechnung von Kosten

(4) Zudem können uns von dritter Seite weitere Kosten in Rechnung gestellt werden,

Uns werden beispielsweise in folgenden Fällen von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt:

- Rückläufer im Lastschriftverfahren,
- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern uns die Änderung nicht mitgeteilt wurde (siehe § 21).

Fallen solche Kosten für Ihren Vertrag an, werden wir Ihnen diese in der angefallenen Höhe in Rechnung stellen.

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können Sie bei dem Gericht geltend machen, welches den Sitz der TARGO Lebensversicherung AG örtlich zuständig ist. Sie können eine Klage aber auch an dem für Ihren Wohnsitz bzw. – wenn Sie über keinen festen Wohnsitz verfügen – an dem für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht einreichen. Dies gilt nicht, wenn Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen.

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht geltend machen. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland oder ist dieser im Zeitpunkt der Klageerhebung unbekannt, so ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren letzten Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hatten.

§ 25 Was können Sie tun, wenn Sie mit uns unzufrieden sind?

(1) Die Zufriedenheit unserer Kunden ist für uns sehr wichtig. Sollten Sie mit unseren Leistungen oder dem Service oder mit einer Entscheidung nicht einverstanden sein, können Sie sich direkt an die Abteilung Kundenservice der TARGO Lebensversicherung AG wenden. Dies gibt uns die Möglichkeit, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu verbessern.

(2) Sie können sich alternativ bei Meinungsverschiedenheiten, Beanstandungen oder Beschwerden außergerichtlich an folgende Stellen wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.

Wir haben uns zur Teilnahme am Streitbelegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann e.V. als allgemeine Schlichtungsstelle verpflichtet. Damit können Sie das kostenlose, außergerichtliche Streitlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Wir unterwerfen uns einer Entscheidung des Ombudsmanns innerhalb der durch den Verein aufgestellten Regeln. Weitere Informationen über das Verfahren erhalten Sie von der Geschäftsstelle des Vereins:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000 (kostenfrei)

Fax: 0800 3699000 (kostenfrei)

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

(3) Für Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen (z. B. Online-Versicherungsverträge) hat die Europäische Kommission eine Online-Plattform für Verbraucher eingerichtet (OS-Plattform). Es

besteht die Möglichkeit, die OS-Plattform zur Beilegung von Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen zu nutzen. Die OS-Plattform ist erreichbar unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

(4) Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Sie haben die Möglichkeit, Ihre Beschwerde dort, unter Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Bereich Versicherungen -, Graurheindorfer Str. 108 in 53117 Bonn, oder online über www.bafin.de vorzubringen. Die Option, unabhängig von den vorab genannten Möglichkeiten, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

(*) Das rechnermäßige Alter berechnet sich als Differenz zwischen dem Jahr des Berechnungstermins und dem Geburtsjahr.

Anhang 1: Einzelpunkte der Module 1 bis 6
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Ziffer	Kriterien	a (1)	b (2)	c (3)	d (4)
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

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:
 selbstständig (1): 0 Punkte
 überwiegend selbstständig (2): 1 Punkt
 überwiegend unselbstständig (3): 2 Punkte
 unselbstständig (4): 3 Punkte

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Ziffer	Kriterien	a (1)	b (2)	c (3)	d (4)
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

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

Die Fähigkeit ist:
 vorhanden/unbeeinträchtigt (1): 0 Punkte
 größtenteils vorhanden (2): 1 Punkt
 in geringem Maße vorhanden (3): 2 Punkte
 nicht vorhanden (4): 3 Punkte

Modul 3: Einzelprodukte im Bereich der Verhaltensweisen und Psychischen Problemlagen

Ziffer	Kriterien	a (1)	b (2)	c (3)	d (4)
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 pflegerrelevante 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 pflegerrelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Mit diesem Modul wird die Häufigkeit des Auftretens von bestimmten Verhaltensweisen bzw. von psychischen Problemlagen erfasst und in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

nie oder selten (1): 0 Punkte
 selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen) (2): 1 Punkt
 häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) (3): 3 Punkte
 Täglich (4): 5 Punkte

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Ziffer	Kriterien	a (1)	b (2)	c (3)	d (4)
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 Intimbereiches	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	Bewältigung 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

Das Modul umfasst zwölf Kriterien:

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.7, 4.11 und 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbständig (1): 0 Punkte
 überwiegend selbständig (2): 1 Punkt
 überwiegend unselbständig (3): 2 Punkte
 unselbständig (4): 3 Punkte

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.8 wird wegen seiner besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbständig (1): 0 Punkte
 überwiegend selbständig (2): 3 Punkte
 überwiegend unselbständig (3): 6 Punkte
 unselbständig (4): 9 Punkte

Die Ausprägungen der Kriterien 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten stärker gewertet:

selbständig (1): 0 Punkte
 überwiegend selbständig (2): 2 Punkte
 überwiegend unselbständig (3): 4 Punkte
 unselbständig (4): 6 Punkte

Die Punkte der Kriterien 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnungen nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „komplett inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl bzw. Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium 4.13

Ziffer	Kriterien	a (1)	b (2)	c (3)
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.13 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

entfällt (1): 0 Punkte
 teilweise (2): 6 Punkte
 vollständig (3): 3 Punkte

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 Auf-

nahme 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 selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.11

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
In Bezug auf					
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 aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung Maßnahme pro Tag		0			

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

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			Täglich	wöchentlich	monatlich
In Bezug auf					
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung Maßnahme pro Tag		0			

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

Für jedes der Kriterien 5.1 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 Maßnahme, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahme, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur die 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 Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 - entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag), und 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 Maßnahme pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für das Kriterium 5.12 bis 5.15

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technintensive 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 vor, werden 60 Punkte vergeben. Jede regelmäßig wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßig monatliche Maßnahme wird mit 2 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 5.13 bis 5.15 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 Maßnahme, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahme, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Jeder regelmäßig monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßig 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 - 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 5.16

Ziffer	Kriterien	a (1)	b (2)	c (3)	d (4)
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

entfällt oder selbstständig (1):
überwiegend selbstständig (2):
überwiegend unselbstständig (3):
unselbstständig (4):

0 Punkte
1 Punkt
2 Punkte
3 Punkte

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

Ziffer	Kriterien	a (1)	b (2)	c (3)	d (4)
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

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

entfällt oder selbständig (1):	0 Punkte
überwiegend selbständig (2):	1 Punkt
überwiegend unselbständig (3):	2 Punkte
unselbständig (4):	3 Punkte

Anhang 2: Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10%	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40%	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	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 soziale Kontakte	15%	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

Steuerhinweise

Diese Steuerhinweise geben einen allgemeinen Überblick über die zurzeit geltenden Steuerregelungen. Sie beruhen auf den bis zum 01.08.2019 veröffentlichten Gesetzen und Vorschriften der Finanzverwaltung. Durch eine künftige Gesetzesänderung kann sich die Rechtslage ändern. Wir gewähren keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Einzelfall kann es zu steuerlichen Besonderheiten kommen. Die Hinweise ersetzen daher keine Steuerberatung. Sie gelten nur für Versicherungsnehmer mit Sitz oder Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Einkommensteuer

Sonderausgaben

Die Beiträge zu Ihrem Vertrag sind vom Sonderausgabenabzug nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) ausgeschlossen.

Besteuerung der Leistung

Kapitalauszahlungen aus Ihrem Vertrag

Bei schwerer Krankheit zahlen wir Ihr Kapital steuerfrei aus.

Rentenzahlungen

Sie erhalten eine Erwerbsunfähigkeitsrente?

Diese ist als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil nach § 22 Nummer 1 Satz 5 EStG in Verbindung mit Tabelle zu § 55 Absatz 2 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (EStDV) zu versteuern. Der Ertragsanteil hängt von der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlung ab.

Leistungen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit sind nach § 3 Nummer 1a EStG einkommensteuerfrei.

Erbschaftsteuer

Sie übertragen Ansprüche oder Leistungen aus Ihrem Vertrag auf eine andere Person? Dann zeigen wir dem zuständigen Erbschaftsteuerfinanzamt dies an, da eventuell eine Schenkung vorliegt.

Ob Erbschaftsteuer entsteht, ist von den jeweiligen individuellen Verhältnissen abhängig.

Versicherungsteuer

Beiträge zu Ihrem Vertrag sind nach § 4 Nummer 5 Versicherungsteuergesetz steuerfrei.

Umsatzsteuer

Beiträge zu und Leistungen aus Ihrem Vertrag sind umsatzsteuerfrei nach § 4 Nummer 10a Umsatzsteuergesetz.

Meldungen und Bescheinigungen

Wir sind verpflichtet, die für den Empfänger als sonstige Einkünfte steuerpflichtige Leistung zu melden. Die Meldung erfolgt an die Zentrale Stelle für Altersvermögen (Deutsche Rentenversicherung Bund).

Weitere Informationen: Weitere aktuelle Produktinformationen können Sie online im Internet unter www.targoversicherung.de oder per Post (TARGO Lebensversicherung AG, Proactiv-Platz 1, 40721 Hildden) abrufen. Darüber hinaus stehen wir Ihnen persönlich von montags bis freitags von 8.00 bis 20.00 Uhr und samstags von 9.00 bis 14.00 Uhr unter unserer Service-Nummer 02103 34-7100 zur Verfügung.

Übersicht zu den sonstigen Kosten im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 2 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

Stand Januar 2017

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

Abschriften

- Abschriften der Erklärungen, die Sie mit Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben (z. B: Schriftwechsel mit einem Rechtsanwalt) 40 EUR
- Ausstellen einer Abschrift des Versicherungsscheins 10 EUR
- Ausstellen eines Ersatzversicherungsscheines (Ersatzpolice) 20 EUR

Drittrechte

- Abtretung und Verpfändung an gewerbliche Händler von Gebrauchtpolicen 50 EUR
- Abtretung und Verpfändung in anderen Fällen 25 EUR

In-/Exkasso

- Beitragsübermittlung durch Sie aus einem Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums 10 EUR
- Leistungsübermittlung durch uns an einen Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums 10 EUR
- Mahngebühr 5 EUR
- Vom Zahlungspflichtigen zu vertretende fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung 5 EUR

Leistung

- Einholung einer individuellen Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht 15 EUR

Vertragsänderungen

- Änderungen des Versicherungsnehmers (außer bei Verträgen der betrieblichen Altersversorgung) 20 EUR
- Wiederinkraftsetzung des Vertrags 25 EUR
- Wiederinkraftsetzung eines beitragsfreigestellten Vertrags ohne Nachzahlung der Beiträge 25 EUR
- Durchführung einer vom Versicherungsnehmer gewünschten Vertragsänderung, der der Versicherer zustimmen muss (z. B. Änderung der Laufzeit, des Beitrages mit Ausnahme der Beitragsfreistellung, der versicherten Summe oder der Rente) 25 EUR

Zahlungshilfen

- Einrichtung eines Stundungskontos 20 EUR
- Bearbeitung von Zahlungsrückständen (z. B. Verrechnung mit dem Deckungskapital) 20 EUR

Sonstiges

- Entnahme eines Vertragswerts aufgrund eines Versorgungsausgleichs 180 EUR
- Erstellung eines versicherungsmathematischen Gutachtens 200 EUR
- Gebühr für die laufende Rentenzahlung im Rahmen einer Unterstützungskassen-Versorgung 5 EUR
- Kapitalübertragungen (inkl. Deckungskapital) 98 EUR
- Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes 10 EUR
- Adressen-Recherche aufgrund nicht angezeigter Änderung der Anschrift 5 EUR

Bescheinigungen

- Erstellung von zusätzlichen Kontoauszügen 5 EUR
- Anfragen zum Policenzweitmarkt 5 EUR
- Zusätzliche Bescheinigung des Rückkaufwerts 5 EUR
- Ämterbescheinigung 5 EUR
- Bescheinigung für das Finanzamt 5 EUR
- Bescheinigung über eingezahlte Beiträge 5 EUR
- Zusätzliche Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung 5 EUR
- Bestätigung des Bezugsrechts 5 EUR
- Bescheinigung im Rahmen einer Schuldenbereinigung 5 EUR

Die Kosten können wir nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuchs - BGB) für die Zukunft anpassen. Die jeweils aktuelle Kostenübersicht können Sie jederzeit bei uns unter www.targoversicherung.de/kostenverzeichnis einsehen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter „Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“

