

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung

Fassung Februar 2010

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/PV 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/PV)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus:

Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/PV 2009]), Teil II (Tarifbedingungen) und Teil III (Tarifen).

Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

1 Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pfl egetagegeld. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

2 Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person so hilflos ist, dass sie nach objektivem medizinischen Befund für die in Abs. 3 genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

3 Als Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens gelten Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren, Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken, Stuhlgang und Wasserlassen.

4 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5 Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

6 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines

solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

II

1 *Ist das Risiko z.B. durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen.*

2 *Die Erheblichkeit kann entweder in der Intensität der erforderlichen Hilfe bei einzelnen Verrichtungen oder darin begründet sein, dass bei mehreren Verrichtungen Hilfe erforderlich ist.*

3 *Bei Kindern ist für die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.*

4 *§ 1 (5) Satz 2 MB/PV 2009 gilt ebenso für die Pfl egetagegeldversicherung.*

5 *Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in § 1 (5) MB/PV 2009 genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.*

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes

eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

3 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

II

1 Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das beim ursprünglichen Abschluss des Vertrages festgelegte Versicherungsjahr nicht.

2 Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/PV 2009 ab Vollendung der Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

3 Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/PV 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.

§ 3 Wartezeiten

I

1 Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

2 Die Wartezeit beträgt drei Jahre, läuft jedoch bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres.

3 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

Die Wartezeit entfällt bei Unfällen, die nach Vollendung des fünften Lebensjahres eintreten. Tritt ein Unfall früher ein, so läuft die Wartezeit bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt, frühestens ab dem 92. Tag nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit.

2 Soweit der Tarif Ersatz von Aufwendungen für häusliche Pflege vorsieht, wird nur geleistet bei Inanspruchnahme von öf-

fentlichen oder freigemeinnützigen Pflege- oder Sozialstationen oder staatlich anerkanntem Pflegepersonal.

3 Bei stationärer Pflege wird nur geleistet bei Aufenthalt in konzessionierten oder öffentlichen Pflegeheimen, Pflegeabteilungen in Altenheimen oder in Krankenanstalten.

4 Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind durch ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen. Kosten je eines Nachweises innerhalb von drei Monaten hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Kosten häufiger verlangter Nachweise gehen zu Lasten des Versicherers. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Verwandten, Schwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.

II

1 Die Leistungspflicht beginnt ab dem 92. Tag nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit.

Wird unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt Pflegebedürftigkeit festgestellt, so werden die Krankenhausaufenthaltstage auf die Karenzzeit von 91 Tagen angerechnet.

2 Bei teilstationärer Pflege wird nur geleistet bei Aufenthalt in konzessionierten oder öffentlichen Tagespflegestätten.

3 Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

1 Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;

c) für Aufwendungen aus Pflege durch Personen oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Aufwendungen aus Pflege durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Verwandte, Schwägerte oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen. Soweit der Tarif es vorsieht, wird jedoch ein Pflegegeld gezahlt;

e) während stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlung und während Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.

2 Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3 Besteht auch Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

4 Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

II

1 Abweichend von § 5 (1a) MB/PV 2009 besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die durch nicht vorhersehbare Kriegsereignisse während der Vertragslaufzeit verursacht wurden. Kriegsereignisse gelten dann als nicht vorhersehbar, wenn während des Aufenthalts im Aufenthaltsland keine Kriegsereignisse mehr stattfinden und für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1a) MB/PV 2009.

2 Bei Pflege durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Verwandte, Verschwägerte oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen werden pflegespezifische technische Hilfsmittel tarifgemäß erstattet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

1 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

2 Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

3 Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

4 Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

5 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

II

1 Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den Namen der Personen, die Diagnose bzw. den Grund der Pflegebedürftigkeit sowie den Pflegezeitraum enthalten.

2 Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind.

3 Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

2 Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

3 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

4 Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

5 Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

6 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet,

steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

7 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

II

1 Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

2 Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, zahlen Kinder den Beitrag für die Altersgruppe 0-16 bis zum Ende des Jahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 17-20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu zahlen.

3 Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.

4 Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.

§ 8a Beitragsberechnung

I

1 Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

2 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

3 Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4 Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

II

1 Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden der Alterungsrückstellung nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; siehe Anhang § 12a VAG) zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Diese zusätzliche Alterungsrückstellung kann in den entsprechenden Tarifen der Pflegekrankenversicherung auch für Erhöhungen des versicherten Tagessatzes oder Tagesgeldes verwendet werden.

2 Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 8b Beitragsanpassung

I

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

2 Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Abs. 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

3 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

4 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 der MB/PV 2009 eine Veränderung von mehr als 10% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit von dem Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen können alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

I

1 Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 4) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

2 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

3 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

5 Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

II

1 Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist innerhalb von 3 Monaten anzuzeigen.

2 Das Einwilligungserfordernis des § 9 (5) MB/PV 2009 wird auf den Abschluss weiterer Pflegekrankenversicherungen beschränkt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

2 Wird die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

3 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I

1 Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

2 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Abs. 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4 Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

I

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Dieses Recht kann jedoch nicht so ausgeübt werden, dass ab Geburt mitversicherte Minderjährige ohne einen Elternteil versichert bleiben.

3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes pflegeversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Pflegekrankenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der

Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Pflegekrankenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

4 Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

5 Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

6 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

7 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

II

1 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.

2 Ein beendeter Versicherungsvertrag kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters und unter Verzicht auf

die Einhaltung neuer Wartezeiten wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies innerhalb von sechs Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird. Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.

3 Die Versicherungspflicht in einem der in § 1 (5) MB/PV 2009 genannten Staaten steht der Versicherungspflicht gemäß § 13 (3) MB/PV 2009 gleich.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

1 Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

4 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gelten § 13 Abs. 7 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3 Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

4 In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

II

1 Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleich-

ches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

2 Abweichend zu § 15 (4) MB/PV 2009 endet das Versicherungsverhältnis erst mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 (5) MB/PV 2009 genannten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

I

1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

1 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Anhang – Auszug aus den Gesetzen

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) ¹Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. ²Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Abs. 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) ¹Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. ²Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) ¹Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) ¹Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. ²Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) ¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Abs. 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) ¹Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. ²Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. ³Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) ¹Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) ¹Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. ²Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. ³Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 12a Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(1) ¹Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. ²Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) ¹Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Abs. 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. ²Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. ³Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2a) ¹Die Beträge nach Abs. 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. ²Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. ³Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. ⁴In der freiwilligen Pflagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass an Stelle einer Prämienerrmäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) ¹Der Teil der nach Abs. 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Abs. 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. ²Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. ³Die Prämienerrmäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Abs. 2 gutzuschreiben.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) ¹Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). ²Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. ³Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) ¹Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. ²§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.