

Versicherungsnehmer

Herr Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum / Ort

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

Staatsangehörigkeit

PLZ, Ort

E-Mail*

telefonisch erreichbar*

* freiwillige Angabe

Versicherte Person gleichzeitig Versicherungsnehmer

Herr Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum / Ort

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk

Staatsangehörigkeit

PLZ, Ort

E-Mail*

telefonisch erreichbar*

* freiwillige Angabe

Beantragte Versicherung

Bitte wählen Sie aus: Leistungen im Pflegefall	<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> Klassik	<input type="checkbox"/> Exklusiv
Pflegestufe III	100%	100%	100%
Pflegestufe II	-	50%	50%
Pflegestufe I	-	-	25%
Optionen			
Sofortleistung inkl.	6 Monatsrenten	6 Monatsrenten	6 Monatsrenten
Ich verzichte auf die Sofortleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beitragsbefreiung ab Pflegestufe I		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Todesfalleistung bei laufender Beitragszahlung ¹⁾			<input type="checkbox"/>
Todesfalleistung bei Einmalbeitrag ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹⁾ Bei laufender Beitragszahlung entspricht die Todesfalleistung den eingezahlten Beiträgen, aber max. einer Höhe von 6 x 100% der vereinbarten Pflegerente.

²⁾ Bei Einmalbeitrag handelt es sich um eine bis zum 85. Lebensjahr linear fallende Todesfalleistung.

Bezugsberechtigung im Pflegefall

Widerrufliches Bezugsrecht für die Versicherte Person

Bezugsrecht im Todesfall (sofern für die Produktlinien bzw. Beitragszahlungsweise vorgesehen)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Versicherungsbeginn und Beitragszahlung

Versicherungsbeginn

Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr)

Versicherungsdauer

monatliche Pflegerente in Pflegestufe III

01. **.200**

Jahre

lebenslang

€

Beitrag

€

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich einmalig

Die laufenden Beiträge sind während der gesamten Versicherungsdauer zu zahlen. Die laufende Beitragszahlung ruht bei Anspruch auf Pflegerentenzahlung bzw. auf Beitragsbefreiung.

Dynamik (nicht bei Einmalbeitrag)

Die versicherte Pflegerente und der Beitrag erhöhen sich alle 3 Jahre um 10% der Anfangspflegerente ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Abweichend wünsche ich eine jährliche Erhöhung um 1% 2% 3% 4% 5% der Anfangspflegerente.

Ich verzichte auf mein Recht auf Erhöhung der Pflegerente.

Einzugsermächtigung Bitte ziehen Sie die Beiträge für die beantragte Versicherung bis auf Widerruf vom Konto des Versicherungsnehmers ein. **

Name, Vorname Kontoinhaber, falls nicht Versicherungsnehmer

Anschrift Kontoinhaber, falls nicht Versicherungsnehmer

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut

Unterschrift Kontoinhaber, falls nicht Versicherungsnehmer

Identifizierungsnachweis Entfällt bei Einzugsermächtigung vom Konto des Versicherungsnehmers.

Versicherungsnehmer identifiziert sich gemäß Geldwäschegesetz (GWG) durch Vorlage

Personalausweis Reisepass

Ausweisnummer/Passnummer

gültig bis

ausstellende Behörde

Wirtschaftlich Berechtigter

Der Versicherungsnehmer handelt für die beantragte Versicherung auf eigene Rechnung.

IDEAL Risikoprüfungshotline: 0180/ 25 87 100 (6 ct / Anruf*) – Lassen Sie die Versicherbarkeit vorab prüfen!

* Gilt für Anrufe aus dem dt. Festnetz; aus Mobilfunknetzen können andere Preise gelten.

Fragen zur Versicherten Person

Bitte beantworten Sie die Fragen und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an. Für die vollständige und richtige Beantwortung sind der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person verantwortlich. Unrichtige und unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

Lesen Sie bitte vor Beantwortung der Fragen die beiliegende „Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung“.

Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist:

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr derzeitiges Gewicht an:

cm

kg

- Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen durch angeborene Behinderungen oder Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen oder wurde eine HIV-Infektion festgestellt? nein ja
- a) Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder ist ein GdB beantragt? nein ja, GdB
b) Wurde eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt? nein ja
- Werden Sie zurzeit oder wurden Sie innerhalb der **letzten 5 Jahre** aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder in Krankenhäusern (auch ambulant) untersucht oder behandelt?

Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:

Bitte beachten Sie, dass die Beispiele nicht abschließend sind. Die Beispiele sollen Ihnen die Antwort erleichtern.

- des Herzens oder der Kreislauforgane?** (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, durchgeführte Bypass-Operation oder Stent-Implantation, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Thrombose) nein ja
 - der Atmungsorgane?** (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenemphysem, Schlafapnoe) nein ja
 - der Haut?** (z.B. Neurodermitis, Lupus erythematodes) nein ja
 - der Verdauungsorgane?** (z.B. Magen- oder Darmgeschwür, chronische Entzündungen der Speiseröhre, des Magens, der Bauchspeicheldrüse oder der Leber, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Gallensteine) nein ja
 - der Nieren, der Harnwege, der Prostata oder der Genitalorgane?** (z.B. chronische Nierenerkrankungen, Nierensteine, Nierenversagen, Dialysebehandlung, Nierenentzündung, Prostataentzündung, Gebärmutterosenkung) nein ja
 - des Gehirns, des Nervensystems oder des Gemüts?** (z.B. Epilepsie, multiple Sklerose, psychische Erkrankungen, Depressionen, Parkinson, Alzheimer, Demenz, Alkoholismus, Lähmungen) nein ja
 - des Stoffwechsels oder Blutes?** (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Zuckerkrankheit, Cholesterinerhöhung, Gicht, Blutkrebs (Leukämie), Gerinnungsstörungen) nein ja
 - des Stütz- und Bewegungsapparates, der Knochen, der Gelenke oder der Muskeln?** (z.B. Arthrose, Fibromyalgie, Rheuma, Gelenkersatz, Osteoporose, Lähmungen, Muskelschwund) nein ja
- Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** aufgrund einer **gut- oder bösartigen Tumorerkrankung (Krebs) ärztlich untersucht oder behandelt?** nein ja
 - Wurden Ihnen in den **letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 2 Monaten Medikamente verordnet? nein ja

Diese Frage bitte nur beantworten, wenn Sie sich für die Produktlinie EXKLUSIV entschieden haben.

Benötigen Sie Hilfe oder Unterstützung durch Dritte beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Kämmen, Rasieren, Treppensteigen, Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken und / oder um die Toilette zu benutzen, sich im Haus zu bewegen oder das Haus zu verlassen und / oder benutzen Sie eine Gehhilfe (z.B. Rollator, Treppenlift)? nein ja

Wenn eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, geben Sie bitte nachstehend Einzelheiten zu jeder mit „ja“ beantworteten Frage an; ggf. auch auf einem separaten Blatt. Bitte geben Sie Folgendes an: ärztliche Bezeichnung Ihrer Krankheiten oder Gesundheitsstörungen, Behandlungszeiträume, verordnete Medikamente (Namen und Dosierung), ob die Krankheit oder Gesundheitsstörung ausgeheilt ist oder welche Beschwerden noch bestehen.

zusätzliche Angaben Anzahl Extrablätter

Aushändigung der Vertragsinformationen – bitte kreuzen Sie an (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

Ja, mir wurden die vollständigen Vertragsinformationen zur IDEAL PflegeRente vor Abgabe der Vertragserklärung ausgehändigt.

(Eine Auflistung aller Vertragsinformationen finden Sie auf der Rückseite.)

Mit Erhalt des Versicherungsscheins verzichte ich auf die erneute Zusendung aller Vertragsinformationen.

Besondere Vereinbarung

Hier können Sie z.B. ein besonderes Bezugsrecht, den ausdrücklichen Verzicht auf die Erteilung der Informationen vor Abgabe der Vertragserklärung oder einen abweichenden Policenversand (z.B. an Ihre Bank) mit uns vereinbaren.

Wichtiger Hinweis:

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Antragsrückseiten sowie die Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung. Die Antragsrückseiten enthalten die Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Des Weiteren finden Sie dort wichtige Informationen zur Gestaltung des Widerrufsrechts und dem Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Kenntnisnahme und Einverständnis mit den genannten Punkten.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

VPa-Nummer

Externe VPa-Nummer

Unterschrift Vertriebspartner

Entbindung von der Schweigepflicht

Wir erheben personenbezogene Gesundheitsdaten nur, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und Sie bzw. die Versicherte Person ihre Einwilligung gegeben hat. Zum Zweck der Risiko- bzw. Leistungsprüfung befreie ich hiermit (jederzeit widerrufbar) folgende Personen und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, der IDEAL Lebensversicherung a.G. die für die Risiko- und Leistungsprüfung erforderlichen Auskünfte zu erteilen:

- Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen ich in Behandlung, Beratung oder Pflege war oder sein werde, Sozialversicherungsträger unter Befreiung von den Beschränkungen der §§ 35 SGB I, 67ff SGB X,
 - Angehörige der von mir angegebenen anderen Unfall-, Kranken- und Lebensversicherer, bei denen ich innerhalb der letzten 5 Jahre versichert war, noch bin oder bei denen ich einen Antrag auf Versicherung gestellt habe oder hatte, einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten.
- Die Angehörigen der IDEAL Lebensversicherung a.G. selbst entbinde ich von

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die IDEAL Lebensversicherung a.G., die IDEAL Versicherung AG und die IDEAL Vorsorge GmbH.
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
3. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft zur Weitergabe an andere Versicherer.
4. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der IDEAL Lebensversicherung a.G., der IDEAL Versicherung AG und der IDEAL Vorsorge GmbH, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z.B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
5. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung / Mitversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer / Mitversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer

Vertragsinformationen (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen wir Ihnen als Versicherungsnehmer **alle vertragsrelevanten Informationen aushändigen**.

Im Einzelnen sind dies die nachfolgend genannten

Bestandteile der Vertragsinformationen:

- Antrag IDEAL PflegeRente
- Produktinformationsblatt
- Mitteilung der Wertentwicklung
- Vertragsinformationen
 - Informationen zum Versicherer
 - Informationen zur Leistung
 - Informationen zum Vertrag
 - Informationen zum Rechtsweg
- Allgemeine Versicherungsbedingungen der IDEAL PflegeRente
- Ergänzende Versicherungsbedingungen der IDEAL PflegeRente Basis / Klassik / Exklusiv

**Hinweis zur Angebotsanforderung (wenn gewählt)

Mit dieser Angebotsanforderung stellen Sie keinen verbindlichen Antrag. Auf Basis Ihrer Angaben erstellen wir Ihnen ein für uns verbindliches Angebot. Dieses Angebot müssen Sie anschließend ausdrücklich annehmen. Die Annahmefähigkeiten werden wir Ihnen mit dem Angebot mitteilen.

der Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risiko- bzw. Leistungsprüfung an ihre beratenden, externen Ärzte bzw. medizinischen Gutachter übermittelt werden. Die Schweigepflichtentbindung gilt bis zu 10 Jahre (bei Arglist und Vorsatz) und 5 Jahre (bei grober Fahrlässigkeit) nach Vertragsschluss für die Risikoprüfung sowie im Leistungsfall auch über meinen Tod hinaus.

Ich kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn ich in die einzelne Erhebung eingewilligt habe. Ich werde über jede von der IDEAL Lebensversicherung a.G. im Rahmen der Schweigepflichtentbindung gestellte Anfrage vorab informiert. Ich habe die Möglichkeit, einzelnen Anfragen zu widersprechen. In diesem Fall wird die Anfrage zurückgezogen und nicht verwertet. Bitte beachten Sie, dass ein Widerspruch zur Anfrage ggf. keine tarifliche Einordnung zulässt und wir den gewünschten Versicherungsschutz damit nicht gewähren können, sofern Sie uns nicht anderweitig einen geeigneten Nachweis erbringen. Bei der Leistungsprüfung kann ein Widerspruch zur Anfrage ggf. zur Leistungsfreiheit führen, sofern Sie uns nicht anderweitig einen geeigneten Nachweis erbringen.

weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

6. durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G., der IDEAL Versicherung AG und der IDEAL Vorsorge GmbH, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen / Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen / Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
7. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Unternehmen der IDEAL Gruppe selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholen. Dies kann auch erfolgen durch eine Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
8. zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch Unternehmen der IDEAL Gruppe oder den für mich zuständigen Vertriebspartner.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit einschränken bzw. widerrufen.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen dieses Vertrags sowie für Prüfungen anderweitig beantragter (Versicherungs-) Verträge und bei künftigen Anträgen.

Meine Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte.

- Steuerinformationen
 - Merkblatt zur Datenverarbeitung
- Wenn Sie alle Informationen in Textform erhalten haben, bestätigen Sie dies bitte durch Ankreuzen auf der Vorderseite. Auf Wunsch können Sie auf die erneute Zusendung der vertragsrelevanten Informationen mit dem Versicherungsschein verzichten.

Sie haben auch das Recht, ausdrücklich auf die vollständige Aushändigung der vertragsrelevanten Informationen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung zu verzichten. Dies erklären Sie bitte in dem dafür vorgesehenen Feld „Besondere Vereinbarung“ auf dem Antrag. Bitte bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift. Die vollständigen vertragsrelevanten Informationen bekommen Sie dann mit dem Versicherungsschein zugesandt.

Bitte beachten Sie, dass wir ein verbindliches Angebot nur erstellen können, wenn Sie alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß machen. Von der Erlaubnis zum Einzug der Beiträge wird nur im Falle des Zustandekommens des Versicherungsvertrages Gebrauch gemacht.

Schlussfolgerungen des Versicherungsnehmers zur Pflgerentenversicherung (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Widerrufsrecht

Sie knnen Ihre Vertragserklrung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Grnden in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschlielich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemal 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und die Belehrung zum Widerrufsrecht in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genugt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an die IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstrae 26 in 10969 Berlin zu richten. Bei einem Widerruf per Telefax ist dieser an folgende Faxnummer zu richten: 030/ 25 87 -80.

Weitere Informationen

Selbstverpflichtungserklrung ber den Umgang mit Ergebnissen aus prdiktiven Gentests

Die IDEAL Lebensversicherung a.G. hat die freiwillige Selbstverpflichtungserklrung ber den Umgang mit Ergebnissen aus prdiktiven Gentests gegenber

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfallt, knnen wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Wir erstatten Ihnen aber einen ggf. vorhandenen Rckkaufswert einschlielich derberschussanteile nach 169 VVG. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag.

Beitrge erstatten wir Ihnen unverzglich, spatestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Nebenabreden

Diese sind nur mit schriftlicher Zustimmung der IDEAL Lebensversicherung a.G. wirksam. Vertriebspartner sind hierzu nicht berechtigt.

dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. abgegeben. Den Wortlaut knnen Sie im Internet unter http://www.gdv.de/Downloads/Themen/freiselbst11_neu.RTF abrufen. Sie knnen ihn aber auch bei der IDEAL Lebensversicherung a.G. anfordern.

Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer, damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen und einordnen können, ist es notwendig, dass Sie und die Versicherte Person alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert.

Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Wir dürfen weitere Umstände nachträglich angeben, sofern die Frist dafür noch nicht abgelaufen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Anfechtung

Unser Recht, den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt davon unberührt bestehen.

Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Verbraucherinformationen

Im Folgenden erhalten Sie Informationen nach § 1 und 2 VVG-Informationspflichtenverordnung zur vorgeschlagenen Versicherung.

1. Informationen zum Versicherer

Gesellschaftsangaben

Sitz der IDEAL Lebensversicherung a.G. (Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit) ist Berlin in der Kochstraße 26 (10969 Berlin). Die Handelsregisternummer ist HRB 2074 B beim Amtsgericht Berlin-Charlottenburg.

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigte

IDEAL Lebensversicherung a. G., Kochstr. 26, 10969 Berlin

Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Stephan Schinnenburg, Olaf Dilge

Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb von Lebensversicherungen.

Sicherungsfonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus dieser Versicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds nach §§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes, der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Versicherungsverträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der Versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin gehört dem Sicherungsfonds an.

2. Informationen zur Leistung

Vertragsgrundlagen

Die für Ihr Versicherungsverhältnis geltenden Vertragsbestimmungen können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

Kosten im Leistungsfall

Gegebenenfalls können für den Nachweis unserer Leistungspflicht und die Erbringung der Versicherungsleistung Kosten entstehen. Weitere Einzelheiten können Sie unter § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB_IPR) nachlesen.

Vorzeitige Aufhebung oder Änderung des Vertrags

Bei Kündigung Ihres Versicherungsvertrags können Sie – wenn vorhanden – einen Rückkaufwert erhalten. Es gibt auch die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag beitragsfrei zu stellen. Die Werte entnehmen Sie bitte der „Mitteilung der Wertentwicklung“. Einzelheiten zu Mindestbeträgen, sowie zur Bildung beitragsfreier Leistungen entnehmen Sie bitte § 9 der allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB_IPR).

Gültigkeitsdauer von Informationen / Bindung an das Angebot

Haben wir Ihnen ein Angebot unterbreitet, sind wir daran 4 Wochen ab Zugang gebunden. Das Angebot können Sie nur innerhalb dieser Frist annehmen.

Steuerregelungen

Die aktuell geltenden steuerlichen Regelungen finden Sie beiliegend in den Steuerinformationen zu Ihrer Versicherung.

3. Informationen zum Vertrag

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die IDEAL Lebensversicherung a.G. den Antrag mit einem Versicherungsschein annimmt und der Versicherungsschein Ihnen zugeht. Haben wir Ihnen ein Angebot unterbreitet, kommt der Versicherungsvertrag zustande, wenn uns die Annahmeerklärung zugeht.

Für den Beginn und den Zeitpunkt, ab welchem Versicherungsschutz besteht, verweisen wir auf die entsprechenden Regelungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB_IPR)

Ihr Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung. Was Sie bei der Beitragszahlung zu beachten haben und was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, lesen Sie bitte in den gleichnamigen § 7 Absatz 1 bis 3 und § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB_IPR).

Sie erteilen Ihre Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen und Ergänzenden Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und die Belehrung zum Widerrufsrecht in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist an die IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstraße 26 in 10969 Berlin zu richten. Bei einem Widerruf per Telefax ist dieser an folgende Faxnummer zu richten: 030/ 25 87 -80.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Wir erstatten Ihnen aber einen ggf. vorhandenen Rückkaufwert einschließlich der Überschuss-Anteile nach § 169 VVG. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Bitte lesen Sie auch im Produktinformationsblatt nach.

Anwendbares Recht

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Vertragsprache

Die Vertragsinformationen einschließlich aller Versicherungs- und Vertragsbedingungen sowie die Kommunikation während der Vertragsdauer erfolgen ausnahmslos in deutscher Sprache.

4. Informationen zum Rechtsweg

Außergerichtliche Beschwerdestelle

Wir sind Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren nutzen. Die Schlichtungsstelle prüft Ihre Ansprüche im Streitfall objektiv und unabhängig. Bis zu einem Beschwerdewert von 5.000 € ist die Entscheidung des Ombudsmanns für uns bindend. Darüber hinaus kann er eine unverbindliche Empfehlung geben.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Telefon 01804/ 22 44 24 (aus dem deutschen Festnetz 20 Cent pro Anruf*)

Fax 01804/ 22 44 25 (aus dem deutschen Festnetz 20 Cent pro Fax*)

E-Mail beschwerde@versicherungsombudsmann.de

* Aus den Mobilfunknetzen können andere Preise gelten.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sollte wider Erwarten eine Einigung mit uns nicht möglich sein, können Sie sich an die genannte Aufsichtsbehörde wenden. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht ist für die Aufsicht der Versicherungsunternehmen zuständig und gleichzeitig gesetzliche Beschwerdestelle.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen)

Graurheindorfer Straße 108, D-53117 Bonn

Fernkommunikationsmittel

ServiceTelefon: 01802/ 24 24 29 (6 ct. / Anruf, aus den Mobilfunknetzen können andere Preise gelten)

Telefax: 030/ 25 87 -80 (Kosten anbieterabhängig)

E-Mail: info@ideal-versicherung.de

Nutzen Sie auch unseren Service im Internet unter www.ideal-versicherung.de

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anders sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Der von uns übernommene Versicherungsschutz ist abhängig von den versicherten Pflegestufen.

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	2
§ 2	Wie erfolgt die Überschuss-Beteiligung?	5
§ 3	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	7
§ 4	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt bzw. ausgeschlossen?	7
§ 5	Was gilt bei vorsätzlicher oder versuchter Selbsttötung der Versicherten Person?	7
§ 6	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	7
§ 7	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	8
§ 8	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	8
§ 9	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	9
§ 10	Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?	11
§ 11	Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	11
§ 12	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	13
§ 13	Wer erhält die Versicherungsleistung?	13
§ 14	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	13
§ 15	Welche Kosten werden gesondert in Rechnung gestellt?	13
§ 16	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	13
§ 17	Wo ist der Gerichtsstand ?	13
§ 18	Welche weiteren Bestimmungen gelten?	13
	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (14. Juni 2007)	14

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Pflegerente und Beitragsfreistellung im Pflegefall

Wird die Versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig, erbringen wir die vereinbarten Leistungen. Die Leistungen sind abhängig von dem gewählten Versicherungsumfang und der Pflegestufe. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit wird in drei Stufen eingeteilt, die Pflegestufen I, II und III. In § 1 Abs. 6 bis 8 sind die Voraussetzungen für die drei Pflegestufen erläutert. Weitere Einzelheiten über die Leistungen und Pflegestufen, die Sie versichert haben, lesen Sie in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen und Ihrem Versicherungsschein.

(2) Beginn und Ende der Pflegerentenzahlung und der Beitragsbefreiung im Pflegefall

- a) Mit dem Eintritt einer versicherten Pflegestufe und für deren Dauer erhalten Sie die vereinbarte Pflegerente, die monatlich gezahlt wird. Außerdem haben Sie Anspruch auf Beitragsbefreiung Ihrer Versicherung, wenn sie für die Pflegestufe vorgesehen und vereinbart ist und sofern für die Versicherung laufende Beiträge zu zahlen sind.

Der Anspruch besteht frühestens ab dem Monat, der durch ärztliche Feststellung als Zeitpunkt des Eintritts der versicherten Pflegestufe bescheinigt wird. Der Anspruch besteht rückwirkend maximal für ein Jahr ab Anzeige des Pflegefalls bei uns. Den rückwirkenden Anspruch auf Pflegerenten zahlen wir Ihnen in einem Betrag aus.

Sofern für die Pflegestufe vorgesehen, werden die vereinbarten Pflegerentenzahlungen für die Dauer der versicherten Pflegebedürftigkeit längstens bis einschließlich des Sterbemonats der Versicherten Person monatlich im Voraus gezahlt.

Was zusätzlich bei einer Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegestufe gilt, lesen Sie bitte unter § 11 Abs. 9 bis 11.

- b) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen die Beiträge weitergezahlt werden. Bei Anerkennung der Leistungspflicht zahlen wir die überzahlten Beiträge an Sie zurück. Sie können auch beantragen, dass die Beiträge bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet werden. Besteht keine Leistungspflicht, müssen Sie die gestundeten Beiträge innerhalb eines Monats nach Erhalt unseres Leistungsentscheids nachzahlen.

(3) Sofortleistung (sofern vereinbart)

Wird die Versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig, erhalten Sie die vereinbarte Sofortleistung entsprechend der vereinbarten Pflegestufe.

Voraussetzungen sind, dass:

- die Sofortleistung für die eingetretene Pflegestufe mitversichert ist (siehe Versicherungsschein) und
- die versicherte Pflegestufe zu Lebzeiten der Versicherten Person ärztlich festgestellt und bescheinigt wird.

Andernfalls erlischt der Anspruch auf die Sofortleistung.

Was zusätzlich bei einer Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegestufe gilt, lesen Sie bitte unter § 11 Abs. 9 bis 11.

Weitere Einzelheiten lesen Sie bitte in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen.

(4) Todesfalleistung (sofern vereinbart)

Bei Tod der Versicherten Person zahlen wir die versicherte Todesfallleistung.

Voraussetzungen dafür sind, dass:

- die Todesfallleistung in der entsprechenden Pflegestufe mitversichert ist (siehe Versicherungsschein) und
- keine Leistung durch Eintritt der Pflegebedürftigkeit fällig geworden ist.

Weitere Einzelheiten lesen Sie bitte in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen.

(5) Erhöhung von Pflegerente und Beitrag

a) Dynamik (sofern vereinbart)

Haben Sie mit uns laufende Beitragszahlung und die Erhöhung von Pflegerente und Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart, steigt die Pflegerente gemäß dem vereinbarten Dynamiksystem.

System A: Die versicherte Rente steigt alle 3 Versicherungsjahre jeweils zu Beginn um 10% der Anfangspflegerente, erstmals zu Beginn des vierten Versicherungsjahrs.

System B: Die versicherte Rente steigt jedes Versicherungsjahr jeweils zu Beginn um den individuell vereinbarten Prozentsatz (1 %, 2 %, 3 %, 4 % oder 5 %) der Anfangspflegerente, erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahrs.

Sie haben die Möglichkeit, das vereinbarte System sowie die möglichen Prozentsätze während der Vertragsdauer und mit unserer Zustimmung zu ändern.

Der Beitrag steigt nicht im gleichen Verhältnis wie die Pflegerente. Mit zunehmendem Alter der Versicherten Person nimmt die Steigerung des Beitrags zu. Sie erhalten rechtzeitig vor dem jeweiligen Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Diese enthält auch die nach der Erhöhung geltenden garantierten Leistungen Ihrer Versicherung.

Die letzte Erhöhung erfolgt in dem Jahr, in dem die Versicherte Person 80 Jahre alt wird oder die Höhe von monatlich 3.000 € aller bei der IDEAL Lebensversicherung a.G. versicherten Pflegerenten für die Versicherte Person erreicht wurde.

Der Anspruch auf Erhöhungen erlischt spätestens mit dem Zeitpunkt, zu dem erstmals der Eintritt einer versicherten Pflegestufe festgestellt wird.

Sie können einer Erhöhung innerhalb eines Monats nach dem Termin der Erhöhung widersprechen. Es gilt auch als Widerspruch, wenn ein Beitragsrückstand besteht oder Sie den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Haben Sie einer Erhöhung widersprochen, erhalten Sie im folgenden Jahr ein neues Angebot. Widersprechen Sie drei Erhöhungsangeboten hintereinander, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

b) Nachversicherungsgarantie

Sie haben das Recht, einmalig – ohne erneute Gesundheitsprüfung – eine weitere IDEAL PflegeRente in Ihrer Produktlinie abzuschließen (Nachversicherung),

- wenn Ihr Partner nach dem Versicherungsbeginn Ihrer IDEAL PflegeRente pflegebedürftig (siehe § 1 Abs. 6 bis 9) wird oder verstirbt. Unter Partner wird der Ehepartner, Lebenspartner im Sinne des Partnerschaftsgesetzes (LPartG) oder Lebensgefährtin in eheähnlicher Gemeinschaft mit gleicher Anschrift verstanden.
- wenn wir die nicht garantierte Plus-Rente (Schluss-Überschuss) während der Versicherungsdauer Ihrer IDEAL PflegeRente senken müssen.

Voraussetzungen für die Nachversicherungsgarantie sind:

- Sie beantragen die Nachversicherung innerhalb von 6 Monaten. Als Zeitpunkt gilt dabei entweder der Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Partners der Versicherten Person (welcher bei Abschluss Ihrer ersten IDEAL PflegeRente nicht pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen sein darf) oder der Tod des Partners der Versicherten Person oder der Zeitpunkt, in dem wir Sie in Textform über die Absenkung der Plus-Rente (Schluss-Überschussanteil) in Kenntnis setzen.
- Ihre IDEAL PflegeRente, für die Sie eine Nachversicherung abschließen, ist laufend oder mit einem Einmalbeitrag bezahlt und nicht gekündigt worden.
- Die Versicherte Person ist zum Zeitpunkt der Beantragung der Nachversicherung nicht pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen.
- Die versicherte Pflegerente (Pflegestufe III) der Nachversicherung beträgt maximal 20% der versicherten Pflegerente (Pflegestufe III) der bisherigen IDEAL PflegeRente, mindestens aber 50 € monatlich. Senken wir die Plus-Rente, so darf die Nachversicherung maximal in Höhe des gesenkten Betrags der Plus-Rente abgeschlossen werden.
- Die Summe aller für die Versicherte Person bei der IDEAL Lebensversicherung a.G. versicherten monatlichen Pflegerenten darf den Betrag von 3.000 € nicht überschreiten. Die Beitragszahlungsweise (laufender Beitrag oder Einmalbeitrag) muss bei der Nachversicherung der bisherigen IDEAL PflegeRente entsprechen.

Bei Tod des Partners der Versicherten Person reichen Sie uns bitte eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort des Partners ein. Bei Pflegebedürftigkeit des Partners der Versicherten Person benötigen wir den Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder, sofern keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht, eine ärztliche Bescheinigung für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Bei der Nachversicherung wegen reduzierter Plus-Rente benötigen wir keinen Nachweis.

Für die Nachversicherung gelten die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme gültigen Tarife und Annahmerichtlinien der IDEAL PflegeRente. Gern erstellen wir Ihnen ein individuelles Angebot.

Erläuterung der Pflegestufen im Sinne dieser Bedingungen

(6) Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Definitionen vollständig erfüllt wird.

a) Einstufung analog § 14 und § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI (Stand 14. Juni 2007)

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der

Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe in erheblichem oder höherem Maße bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Die Schwerstpflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Als Krankheiten oder Behinderungen gelten Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Wichtiger Hinweis: Diese Definition für die Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) entspricht der des § 14 und des § 15 Sozialgesetzbuch XI (Stand 14. Juni 2007). Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu **keiner Leistungsänderung** der IDEAL PflegeRente führen. Den Gesetzestext im Stand vom 14. Juni 2007 können Sie im Anhang lesen.

b) Einstufung nach dem Punktesystem

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt auch vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung **6 Punkte** gemäß § 1 Abs. 9 erreicht. Dies bedeutet, dass die Versicherte Person bei allen 6 Verrichtungen gemäß § 1 Abs. 9 in dem dort jeweils beschriebenen Umfang der Hilfe bedarf.

Die Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

(7) Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Definitionen vollständig erfüllt wird.

a) Einstufung analog § 14 und § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI (Stand 14. Juni 2007)

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

Die Schwerpflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Als Krankheiten oder Behinderungen gelten Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppesteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Wichtiger Hinweis: Diese Definition für die Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) entspricht der des § 14 und des § 15 Sozialgesetzbuch XI (Stand 14. Juni 2007). Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu **keiner Leistungsänderung** der IDEAL PflegeRente führen. Den Gesetzestext mit Stand vom 14. Juni 2007 können Sie im Anhang lesen.

b) Einstufung nach dem Punktesystem

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt auch vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung **4 oder**

5 Punkte gemäß § 1 Abs. 9 erreicht. Dies bedeutet, dass die Versicherte Person bei 4 oder 5 Verrichtungen gemäß § 1 Abs. 9 in dem dort jeweils beschriebenen Umfang der Hilfe bedarf. Die Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

c) Einstufung bei Vorliegen einer Demenz

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt auch vor, wenn diese infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem oder höherem Maße

- täglich Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens 4 der in § 1 Abs. 9 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde. Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung im Sinne dieser Definition bedeutet, dass die Versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil die Versicherte Person gefährdende Situationen erkennt oder verursacht oder unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder sich tötlich oder verbal aggressiv in Verknennung der Situation verhält.

Die Demenz muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

Als Demenz im Sinne dieser Bedingungen gelten „mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab dem entsprechenden Schweregrad einer alternativen anerkannten Demenzbeurteilungsskala, die durch Unfall oder Krankheit verursacht sind und die sich durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten auszeichnen, der sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirkt. Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

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

(8) Pflegestufe I – erhebliche Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Definitionen vollständig erfüllt wird.

a) Einstufung analog § 14 und § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI (Stand 14. Juni 2007)

Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit

dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 45 Minuten entfallen.

Die erhebliche Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Als Krankheiten oder Behinderungen gelten Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppesteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Wichtiger Hinweis: Die Definition für die Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) entspricht der des § 14 und des § 15 Sozialgesetzbuch XI (Stand 14. Juni 2007). Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu **keiner Leistungsänderung** der IDEAL PflegeRente führen. Den Gesetzestext mit Stand vom 14. Juni 2007 können Sie im Anhang lesen.

b) Einstufung nach dem Punktesystem

Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt auch vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung **3 Punkte** gemäß § 1 Abs. 9 erreicht. Dies bedeutet, dass die Versicherte Person bei mindestens drei Verrichtungen gemäß § 1 Abs. 9 in dem dort jeweils beschriebenen Umfang der Hilfe bedarf.

Die Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

(9) Einstufungskriterien nach dem Punktesystem

Für jede der folgenden Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich der beschriebenen Hilfe einer anderen Person bedarf, erhält sie einen Punkt. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

In Abhängigkeit von den erreichten Punkten wird die Versicherte Person ggf. einer Pflegestufe gemäß des § 1 Abs. 6 b, 7 b oder 8 b zugeordnet. Die Punkte werden wie folgt ermittelt:

- **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 Wannengriff oder Wannenaufzug – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
- **Fortbewegen im Zimmer – 1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- **Aufstehen und Zu-Bett-Gehen – 1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- **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 eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die Versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

§ 2 Wie erfolgt die Überschuss-Beteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 135 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschuss-Beteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschuss-Beteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse entstehen dann, wenn zum Beispiel die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, der Sterblichkeit und das Ergebnis der Abschluss- und Verwaltungskosten besser verläuft als bei der Tarifkalkulation angenommen. An einem positiven Risikoergebnis (Sterblichkeit, Pflegebedürftigkeit) und einem positiven übrigen Ergebnis (zum Beispiel Kosten) werden die Versicherungsnehmer mit den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Prozentsätzen mindestens beteiligt. In der

derzeitigen Fassung der Verordnung sind 75 % für das Risikoergebnis und 50 % für das übrige Ergebnis vorgeschrieben. Entstehen rechnerisch negative Ergebnisse, erfolgt keine Beteiligung.

In § 5 der Mindestzuführungsverordnung ist geregelt, in welchen Ausnahmefällen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde die oben beschriebene Mindestzuführung zu Rückstellung für Beitragsrückerstattung reduziert werden kann.

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in § 4 Abs. 3 dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90% vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden (§ 4 Abs. 3 Mindestzuführungsverordnung). Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

- b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie die Pflegebedürftigkeit oder das Todesfallrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen (§ 56a Versicherungsaufsichtsgesetz). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.
- c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Schwankungen an den Kapitalmärkten auszugleichen. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Abs. 3 VVG unmittelbar zu. Hierzu wird die Höhe der Bewertungsreserven monatlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung eines Vertrages durch Kündigung und bei Auszahlung einer versicherten Leistung (Pflegerente oder bei vereinbarter Todesfallleistung) wird Ihnen der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag laut Gesetz zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Bei Beginn der Pflegerentenzahlung wird dabei der Ihnen zustehende Betrag zur Erhöhung der Bonusrente verwendet (siehe § 2 Abs. 2 b und d). Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschuss-Beteiligung Ihres Vertrages

- a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gruppe, die in § 2 Abs. 2 b) genannt ist. Die Mittel für die

Überschuss-Anteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschuss-Anteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschuss-Anteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

- b) Ihre Versicherung gehört zur Gewinn- und Bestandsgruppe Pflegerentenversicherungen. Die Verteilung der Überschüsse für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang diese zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Die Ihrer Versicherung zugewiesenen Überschuss-Anteile werden zur Bildung einer Bonusrente verwendet. Dieses gilt auch für die Zeit des Leistungsbezugs. Die Zuweisung erfolgt jährlich, immer zum Ende des Versicherungsjahrs. Die Leistungen aus der **Bonusrente** werden zusammen mit der Leistung aus der versicherten Pflegerente gezahlt. Sie erhalten:
- bei Pflegestufe III: 100 % der vorhandenen Bonusrente.
 - bei Pflegestufe II: 50 % der vorhandenen Bonusrente. Die Bonusrente wird bei Pflegestufe II nur gezahlt, wenn die Pflegestufe II mitversichert ist (siehe Versicherungsschein).
 - bei Pflegestufe I: 25 % der vorhandenen Bonusrente. Die Bonusrente wird bei Pflegestufe I nur gezahlt, wenn eine Pflegerente bei Pflegestufe I mitversichert ist (siehe Versicherungsschein).

Bei Kündigung der Versicherung erhalten Sie den Rückkaufswert aus der Bonusrente **gemäß § 9**.

- c) Zusätzlich erhalten Sie mit der Pflegerentenzahlung eine **Plus-Rente** als Schluss-Überschuss. Der Schluss-Überschuss-Satz zur Bestimmung der Höhe der Plus-Rente wird für jedes Geschäftsjahr neu festgelegt. Für den Pflegerentenbezug ist derjenige Schluss-Überschuss-Satz maßgeblich, der für das Kalenderjahr gilt, in das der Beginn der Pflegerentenzahlung fällt. Wird die Pflegerentenzahlung **gemäß § 11 Abs. 10** eingestellt und später ein erneuter Anspruch auf eine Pflegerentenzahlung begründet, ist für die dann zu zahlende Plus-Rente der Überschuss-Satz maßgeblich, der zum Beginn der erneuten Pflegerentenzahlung gilt. Die Plus-Rente wird zusammen mit der Pflegerente und Bonusrente gezahlt. Sie erhalten:
- bei Pflegestufe III: 100 % der Plus-Rente.
 - bei Pflegestufe II: 50 % der Plus-Rente, wenn Pflegestufe II mitversichert ist (siehe Versicherungsschein).
 - bei Pflegestufe I: 25 % der Plus-Rente, wenn Pflegestufe I mitversichert ist (siehe Versicherungsschein).
- d) Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile
- | | |
|----------------------------------|---|
| Zins-Überschuss: | in Prozent des Deckungskapitals zur Mitte – im Rentenbezug zum Ende – des abgelaufenen Versicherungsjahrs |
| Schluss-Überschuss: (Plus-Rente) | in Prozent der versicherten Pflegerente |

(3) Information über die Höhe der Überschuss-Beteiligung

Die Höhe der Überschuss-Beteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschuss-Beteiligung kann also nicht garantiert werden. Der „Mitteilung der Wertentwicklung“ können Sie den möglichen Verlauf der Überschuss-Beteiligung entnehmen.

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Abs. 3 und § 8).

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt bzw. ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Pflegebedürftigkeit gekommen ist oder auf welcher Ursache der Todesfall beruht.

(1) Einschränkungen des Versicherungsschutzes im Ausland

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die Versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt **außerhalb** der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens hat. Dies ist der Fall, wenn sie sich mehr als 6 Monate im Jahr außerhalb dieses Gebietes aufhält. Damit endet auch die Versicherung und wir zahlen den Rückkaufswert gemäß § 9. Gern prüfen wir, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherungsschutz im Ausland möglich ist.

Des Weiteren besteht kein Todesfallschutz (siehe § 1 Abs. 4) außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, wenn die Versicherte Person Streitkräften angehörte oder aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war. Ansonsten zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 9.

(2) Leistungsausschlüsse

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Versicherungsfälle, die verursacht sind

- durch Kernenergie oder atomare, biologische bzw. chemische (ABC-)Waffen.
- durch einen Krieg, Bürgerkrieg oder innere Unruhen.
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Selbstverletzung. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen werden.
- durch eine widerrechtliche Handlung des Versicherungsnehmers und der Versicherten Person, die vorsätzlich den Pflegefall herbeiführt.

In diesen Fällen endet die Versicherung und wir zahlen den Rückkaufswert gemäß § 9.

§ 5 Was gilt bei vorsätzlicher oder versuchter Selbsttötung der Versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir die Todesfallleistung, wenn sie vereinbart wurde und seit Abschluss bzw. seit Wiederherstellung des Versicherungsvertrages drei Jahre vergangen sind.

Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist leisten wir im Todesfall nur dann, wenn Sie die Todesfallleistung vereinbart haben und uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

Anderenfalls zahlen wir den Rückkaufswert aus, welcher für die Todesfallleistung bis zum Todestag gebildet wurde (siehe § 9 Abs. 3 bis 5), jedoch ohne Stornoabzug und ohne den Rückkaufswert für die versicherte Pflegeleistung.

Der Zeitraum von 3 Jahren beginnt neu, wenn infolge von Zahlungsschwierigkeiten von Ihnen eine Beginnverlegung verlangt wird. Dies gilt entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Versicherungsvertrages oder wenn Sie weitere wählbare Leistungsoptionen wünschen. Die Frist nach Absatz 1 beginnt mit der Änderung des Versicherungsvertrages bezüglich des geänderten Teils neu zu laufen.

(2) Tritt der Pflegefall infolge einer versuchten Selbsttötung ein, zahlen wir die versicherte Leistung (siehe § 1 Abs. 1 bis 3) nur, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls zahlen wir das Deckungskapital aus, welches für den Pflegefall bis zum Zeitpunkt des Eintritts des Pflegefalls gebildet wurde (siehe § 9 Abs. 3 bis 5).

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss 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 das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person (vgl. § 6 Abs. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 9 Abs. 3 bis 5. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§9 Abs. 9 bis 11).

Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte zum Rücktritt und zur Kündigung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach Kenntniserlangung angeben.

(12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemmung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Abs. 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Abs. 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(16) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den In-

haber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Pflegerentenversicherung können Sie in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) zahlen. Soweit vereinbart, sind die laufenden Beiträge als Jahresbeiträge zu entrichten. Sie können sie aber auch monatlich, viertel- oder halbjährlich bezahlen. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(2) Bei unterjähriger Zahlungsweise erheben wir einen Zuschlag von 2 % auf den Jahresbeitrag bei halbjährlicher Zahlweise, von 3 % auf den Jahresbeitrag bei vierteljährlicher und 5 % auf den Jahresbeitrag bei monatlicher Zahlweise.

(3) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(4) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(6) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

(7) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden

ist oder nicht eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform nach den gesetzlichen Anforderungen des § 38 Versicherungsvertragsgesetz. Bitte lesen Sie in der Fußnote nach. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. In dieser setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz.

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

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufwertes

(1) Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise zum Ende des laufenden Monats schriftlich kündigen.

(2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige versicherte Rente unter einen Mindestbetrag von 250 € monatlich (ohne Überschüsse) oder der verbleibende Beitrag unter 24 € pro Jahr sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.

(3) Entsprechend § 169 VVG werden wir – falls vorhanden – den Rückkaufswert erstatten. Er ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Kündigungstermin berechnete Deckungskapital der Versicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 10 Abs. 2 Satz 3) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

Von dem so ermittelten Wert erfolgt ein Stornoabzug in Höhe von 25 %. Bei der Bonusrente erfolgt kein Stornoabzug.

Die genaue Höhe des Stornoabzugs sehen Sie für Ihren Versicherungsvertrag als €-Betrag in der „Mitteilung der Wertentwicklung“.

Bitte beachten Sie, dass wir die Höhe des Stornoabzugs in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ der Übersichtlichkeit halber immer zum Jahrestag der Versicherung (Anfang bzw. Ende des Versicherungsjahrs) ausgewiesen haben. Bei einer Kündigung zwischen den Jahrestagen, wird ebenfalls ein Stornoabzug einbehalten. Dieser liegt zwischen den jeweils angegebenen Werten.

Mit dem Stornoabzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital aufgrund vorzeitiger Fälligkeit vorgenommen.

Sofern Sie uns nachweisen, dass der Stornoabzug in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffend oder wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Stornoabzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgesetzt.

(4) Wir sind berechtigt, den nach Abs. 3 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet (§ 169 Abs. 6 VVG).

(5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschuss-Anteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Abs. 3 und 4 berechneten Rückkaufswert enthalten sind. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 2 Abs. 1 b zugeteilten Bewertungsreserven.

(6) Bitte beachten Sie, dass es sich bei der Pflegerentenversicherung um eine reine Risikoversicherung ohne Sparprozess handelt. Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 10) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Rückkaufswerte vorhanden. Die garantierten Werte bei Kündigung lesen Sie bitte in der „Mitteilung der Wertentwicklung“.

(7) Voraussetzungen für die Kündigung sind, dass die Versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung lebt und der Versicherungsfall nicht eingetreten ist. Zusätzlich gewählte optionale Leistungskomponenten (siehe Versicherungsschein) können nur in Verbindung mit dem gesamten Vertrag gekündigt werden.

Sind Versicherte Person und Versicherungsnehmer unterschiedlich, ist uns eine Bescheinigung darüber zu schicken, dass die Versicherte Person lebt. Unabhängig davon können wir einen Nachweis auf unsere Kosten verlangen, dass die Versicherte Person nicht pflegebedürftig in einer der versicherten Pflegestufen ist.

Zur Auszahlung des Rückkaufswertes reichen Sie bitte den Versicherungsschein im Original ein.

Wiederherstellung nach Kündigung

(8) Sie können mit unserer Zustimmung eine Wiederherstellung Ihrer Versicherung innerhalb von 6 Monaten ab dem letzten gezahlten Beitrag verlangen. Voraussetzungen dafür sind:

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind gezahlt worden
- Die ausstehenden Beiträge bis zum Wiederherstellungstermin werden vollständig nachgezahlt oder verrechnet
- Ein eventuell erhaltener Rückkaufswert wird zum Wiederherstellungszeitpunkt vollständig zurückgezahlt
- Die Versicherte Person ist zum Zeitpunkt der Wiederherstellung nicht pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen. Bitte berücksichtigen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht (siehe § 6).

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämien

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und 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) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die 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. Die 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.

Die versicherte Leistung nach Wiederherstellung wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet (siehe § 18 Abs. 1).

Beitragsfreistellung

(9) Anstelle einer Kündigung nach Abs. 1 können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zum Ende des laufenden Monats verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Dadurch reduzieren sich die versicherten Leistungen. Die Leistungen werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Termin der Beitragsfreistellung unter Zugrundelegung des für den Rückkaufswert nach Abs. 3 maßgeblichen Deckungskapitals errechnet. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag vermindert sich um einen Stornoabzug in Höhe von 5%, sowie um rückständige Beiträge.

Die genaue Höhe des Stornoabzugs sehen Sie für Ihren Versicherungsvertrag als €-Betrag in der „Mitteilung der Wertentwicklung“.

Bitte beachten Sie, dass wir die Höhe des Stornoabzugs in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ der Übersichtlichkeit halber immer zum Jahrestag der Versicherung (Anfang bzw. Ende des Versicherungsjahrs) ausgewiesen haben. Bei einer Beitragsfreistellung zwischen den Jahrestagen wird ebenfalls ein Stornoabzug einbehalten. Dieser liegt zwischen den jeweils angegebenen Werten.

Mit dem Stornoabzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen.

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

(10) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 10) nur eine geringe beitragsfreie Pflegerente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung. Die garantierten beitragsfreien Pflegerenten können Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ sehen.

(11) Nach der Beitragsfreistellung muss die versicherte Pflegerente mindestens 250 € monatlich (ohne Überschuss-Beteiligung) betragen. Wird die Mindestpflegerente nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert nach Abs. 3 bis 5.

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

(12) Haben Sie Ihre Versicherung gemäß Abs. 9 bis 11 beitragsfrei gestellt, können Sie innerhalb von 3 Jahren ab dem letzten gezahlten Beitrag die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Voraussetzung dafür ist, dass die Versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung nicht pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist. Nach Ablauf von 6 Monaten nach dem letzten gezahlten Beitrag ist zusätzlich eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich, von deren Ergebnis die Möglichkeit der Wiederinkraftsetzung abhängt.

Sie können die Beitragsfreistellung auch von vornherein auf maximal 3 Jahre befristen. In diesem Fall informieren wir Sie rechtzeitig vor dem gewünschten Termin und fordern ggf. die erforderlichen Unterlagen an.

Die versicherte Leistung nach Wiederinkraftsetzung wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet (siehe § 18 Abs. 1). Die beitragspflichtige Pflegerente nach Wiederinkraftsetzung muss mindestens 250 € monatlich (ohne Überschuss-Beteiligung) betragen. Dabei wird Ihrem Versicherungsvertrag der Stornoabzug, der bei der Berechnung der beitragsfreien Summe nach § 9 Abs. 9 abgezogen wurde, wieder gutgeschrieben. Erfolgt die Wiederinkraftsetzung nur teilweise, wird der entsprechend anteilige Stornoabzug gutgeschrieben.

Beitragsreduzierung

(13) Sie können bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zum Ende des laufenden Monats eine Beitragsreduzierung beantragen. Dadurch reduzieren sich die versicherten Leistungen.

Eine Beitragsreduzierung ist möglich, wenn die verbleibende versicherte Pflegerente mindestens 250 € monatlich (ohne Überschuss-Beteiligung) beträgt.

Wiedererhöhung nach Beitragsreduzierung

(14) Haben Sie Ihren Beitrag gemäß Abs. 13 reduziert, können Sie innerhalb von 3 Jahren ab Zahlung des ersten reduzierten Beitrags diesen wieder auf den Beitrag vor der Reduzierung erhöhen. Voraussetzung dafür ist, dass die Versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiedererhöhung nicht pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist. Nach Ablauf von 6 Monaten ab Zahlung des ersten reduzierten Beitrags ist zusätzlich eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich, von deren Ergebnis die Möglichkeit der Wiedererhöhung abhängt.

Sie können die Beitragsreduzierung auch von vornherein auf maximal 3 Jahre befristen. In diesem Fall informieren wir Sie rechtzeitig vor dem gewünschten Termin und fordern ggf. die erforderlichen Unterlagen an.

Die versicherte Leistung nach Wiedererhöhung wird mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet (siehe § 18 Abs. 1).

Vertragserhaltende Maßnahmen bei Zahlungsschwierigkeiten

Wenn Sie in Zahlungsschwierigkeiten geraten, haben Sie die Möglichkeit, Ihren Versicherungsvertrag weiter zu erhalten. Die einzelnen Maßnahmen haben unterschiedliche Auswirkung auf den Versicherungsschutz und die Vertragsdaten Ihrer Versicherung. Über die Auswirkung auf Ihre Versicherung werden wir Sie im Bedarfsfall informieren und Ihnen ein konkretes Angebot unterbreiten.

(15) Beginnverlegung

Kommen Sie im ersten Versicherungsjahr mit Ihrer Beitragszahlung in Rückstand, können Sie Ihre Versicherung durch Verlegung des Beginns um max. 4 Monate erhalten. Die Voraussetzung hierfür ist, dass die Versicherte Person nach der Beginnverlegung gemäß den Annahmerichtlinien für das Höchsteintrittsalter noch versicherbar ist.

Der Anspruch auf Beginnverlegung besteht einmalig.

Bitte beachten Sie, dass es durch die Beginnverlegung zu einem höheren Eintrittsalter und damit zu einem erhöhten Beitrag kommen kann.

(16) Beitragsverrechnung

Kommen Sie ab dem zweiten Versicherungsjahr in Zahlungsschwierigkeiten, können Sie mit unserer Zustimmung die Verrechnung Ihrer Beitragsrückstände beantragen. Innerhalb von 5 Versicherungsjahren können durch die Beitragsverrechnung maximal 6/12 der Beiträge

eines Versicherungsjahrs verrechnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Pflegerente nach Beitragsverrechnung mindestens 250 € monatlich (ohne Überschuss-Beteiligung) beträgt.

Bitte beachten Sie, dass es durch die Beitragsverrechnung zu einer Reduzierung der versicherten Leistungen kommt.

(17) Beitragsstundung

Die Beitragsstundung kann einmalig, maximal für einen Zeitraum von 6 Monaten, beantragt werden und bedarf unserer Zustimmung. Während des Stundungszeitraums besteht voller Versicherungsschutz. Weitere Voraussetzungen für die Beitragsstundung sind:

- Die Versicherung besteht bereits seit drei Jahren.
- Die Beiträge für die ersten drei Versicherungsjahre sind vollständig und ohne Unterbrechung gezahlt worden.
- Es ist mindestens ein Rückkaufswert der Versicherung in Höhe der zu stundenden Beiträge vorhanden.
- Die Versicherung ist nicht gekündigt.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums sind die gestundeten Beiträge innerhalb eines Monats unverzinst in einer Summe nachzuzahlen. Erfolgt dies nicht, werden die gestundeten Beiträge, soweit möglich, mit der vorhandenen Deckungsrückstellung verrechnet.

Beitragsrückzahlung

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

§ 10 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach §4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von §25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. §169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4% der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur ein sehr geringer Rückkaufswert und nur sehr geringe Mittel zur Bildung einer beitragsfreien Pflegerente vorhanden sind (vgl. auch §9). Die konkrete Entwicklung der beitragsfreien Pflegerente und des Rückkaufswerts sehen Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“.

(5) Die Abschlusskosten beziehen sich auf die Beitragssumme aller tariflichen Jahresbeiträge ohne Ratenzahlungszuschläge und Stückkosten, die bis zum Jahrestag der Versicherung zu zahlen sind, zu dem die Versicherte Person das rechnermäßige 85. Lebensjahr erreicht hat, bzw. auf den einmaligen Beitrag. Mit den Abschlusskosten, die bei einer Erhöhung entstehen, belasten wir Ihre Versicherung erst zum Zeitpunkt der Erhöhung in gleicher Weise.

§ 11 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

Mitwirkungspflichten

(1) Werden Leistungen aus der Versicherung gemäß §1 Abs. 1 bis 3 und den Ergänzenden Versicherungsbedingungen verlangt, hat uns der Versicherungsnehmer, die Versicherte Person oder der berechtigte Dritte die ärztliche Feststellung der versicherten Pflegebedürftigkeit unverzüglich anzuzeigen. Zusätzlich sind folgende Unterlagen erforderlich:

- der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und eine ärztliche Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit

oder,

sofern keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht, diese keinen Leistungsbescheid erstellt oder der Leistungsbescheid nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen (z. B. nach Änderung des Sozialgesetzbuches), eine ärztliche Bescheinigung über Ursache, Beginn und Verlauf (voraussichtliche Dauer) sowie Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.

Ärztliche Gebühren, die Ihnen erstmals zur Begründung des Leistungsanspruchs entstanden sind, übernehmen wir einmalig in voller Höhe, wenn diese innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens entstanden und angemessen sind. Außerhalb dieses Gebietes übernehmen wir die Gebühren bis zur Höhe einer versicherten Pflegerente.

Für weitere erforderliche ärztliche Bescheinigungen oder Gutachten übernehmen wir 50% der Kosten bei Erstellung innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens, sofern diese angemessen sind. Außerhalb dieses Gebietes übernehmen wir keine Kosten.

- Wird eine Leistung wegen Demenz gemäß §1 Abs. 7 c verlangt, ist zusätzlich ein Gutachten eines Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie) vorzulegen. Das Gutachten muss unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren erstellt werden. Einzelheiten lesen Sie bitte unter §1 Abs. 7 c nach. Die durch das Gutachten entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

Zur Klärung des Leistungsumfanges können wir weitere notwendige Nachweise bzw. Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen und erforderliche Daten selbst ermitteln.

Wir können verlangen, dass sich die Versicherte Person von durch uns beauftragten Ärzten untersuchen lässt. Die Ärzte, die die Versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, (Sozial-)Versicherungsträger, Behörden oder Kranken- und Pflegeeinrichtungen sind zu ermächtigen, uns erforderliche Auskünfte zu erteilen, und von der Schweigepflicht (siehe Antrag/Angebot) zu entbinden. Hierzu empfehlen wir eine entsprechende Vorsorgevollmacht zu erteilen.

Erhalten Sie bereits eine Leistung aufgrund einer versicherten Pflegestufe und wird eine Leistung aufgrund einer höheren oder niedrigeren Pflegestufe verlangt, gelten die Abs. 1 bis 3 entsprechend.

Wir können im Leistungsfall monatlich eine amtlich beglaubigte Lebensbescheinigung für die Versicherte Person verlangen. Versäumen Sie die rechtzeitige Vorlage der Unterlagen, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit. Zur Vorlage des Nachweises werden wir Sie jeweils ausdrücklich auffordern.

Die Nachweise sind uns im Original einzureichen.

Bei Tod der Versicherten Person stellen wir die Pflegerentenzahlung

mit Ablauf des Monats ein, in dem die Versicherte Person verstorben ist.

(2) Werden Todesfalleistungen aus der Versicherung gemäß § 1 Abs. 4 und Ergänzenden Versicherungsbedingungen verlangt, hat uns der Versicherungsnehmer oder der berechtigte Dritte den Versicherungsschein einzureichen. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können verlangen, dass der Inhaber seine Berechtigung nachweist.

Der Tod der Versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein sind uns einzureichen:

- eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort der Versicherten Person.
- bei Tod in den ersten 5 Jahren nach Beginn der Versicherung ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.

Die Nachweise sind uns im Original einzureichen. Entstehende Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung aus der Todesfalleistung beansprucht.

(3) Bei der Leistungsprüfung erheben wir personenbezogene Gesundheitsdaten nur, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist und eine Einwilligung vom Berechtigten gegeben wurde. Widerspricht der Berechtigte der Erhebung, kann der Widerspruch zur Leistungsfreiheit führen, sofern der Berechtigte uns nicht anderweitig einen geeigneten Nachweis erbringt. Die Nachweise sind uns im Original einzureichen.

Ergeben sich aus den im Leistungsfall eingereichten Unterlagen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung oder Vertragsänderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden, sind die vorstehend genannten Personen oder Einrichtungen ebenfalls zu ermächtigen alle erforderlichen Auskünfte zur Überprüfung der Angaben zu erteilen. Haben Sie oder die Versicherte Person die Obliegenheit vorsätzlich oder arglistig verletzt, besteht die Ermächtigung nur 10 Jahre nach Vertragsschluss oder Vertragsänderung. Ansonsten erlischt das Recht nach Ablauf von 5 Jahren; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind.

(4) Zu Unrecht oder zu viel empfangene Versicherungsleistungen sind an uns zurückzuzahlen.

Auszahlung der Versicherungsleistung

(5) Zur Feststellung der Leistungspflicht sind uns die erforderlichen Nachweise gemäß Abs. 1 bis 2 zu erbringen. **Innerhalb einer Woche** entscheiden wir, ob und ab welchem Termin ein Leistungsanspruch besteht. Die Frist beginnt, wenn alle erforderlichen Unterlagen zur Leistungsprüfung bei uns eingegangen sind.

- Besteht ein Anspruch auf Pflegerentenzahlung, zahlen wir die fälligen Pflegerenten sofort. Folgerenten werden jeweils zu Anfang des Monats im Voraus gezahlt. Überzahlte Beiträge werden ebenfalls sofort zurückgezahlt.
- Besteht ein Leistungsanspruch auf die Sofortleistung, wird diese zusammen mit der ersten Pflegerentenzahlung gezahlt.
- Besteht ein Anspruch auf Todesfalleistung, zahlen wir den fälligen Betrag sofort aus.
- Unsere Leistungen werden dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten überwiesen. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

Falls die Nachweise noch nicht vollständig bei uns eingegangen sind und die Prüfung der Leistungspflicht dadurch nicht abgeschlossen werden kann, werden wir Ihnen dies mit Hinweis auf die noch feh-

lenden Nachweise in regelmäßigem Abstand mitteilen.

Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit

(6) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, einmal im Jahr Art und Umfang des Pflegefalls nachzuprüfen. Dazu ist uns eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege zu schicken. Sind Nachweise für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung erstellt worden, sind diese vorzulegen.

(7) Wir können im Leistungsfall monatlich eine amtlich beglaubigte Lebensbescheinigung für die Versicherte Person verlangen. Versäumen Sie die rechtzeitige Vorlage der Unterlagen, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit und die Beitragszahlung ist wieder aufzunehmen. Zur Vorlage des Nachweises werden wir Sie jeweils ausdrücklich auffordern.

(8) Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir weitere notwendige Nachweise bzw. Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen und erforderliche Daten selbst ermitteln. § 11 Abs. 1 gilt entsprechend.

Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person

(9) Sie sind verpflichtet uns eine Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit unverzüglich mitzuteilen.

(10) Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass die Versicherte Person in eine **niedrigere Pflegestufe** bzw. in keine Pflegestufe mehr einzuordnen ist, wird die Versicherungsleistung mit Ablauf des Monats, in dem die Minderung eingetreten ist, angepasst. Ist die niedrigere Pflegestufe bei Ihrer Versicherung mitversichert, tritt dann die für die Pflegestufe vorgesehene versicherte Leistung in Kraft. Ist die niedrigere Pflegestufe nicht mitversichert bzw. liegt keine Pflegestufe mehr vor, entfällt die Versicherungsleistung. Zu viel erhaltene Versicherungsleistungen sind zurückzuzahlen.

Besteht kein Anspruch mehr auf eine Versicherungsleistung, wird die Versicherung zum nächsten Monatsersten in den Zustand vor Eintritt des Versicherungsfalls versetzt. War die Versicherung beitragspflichtig, sind die Beiträge ab dem Folgemonat nach Änderung oder Wegfall der versicherten Pflegestufe wieder zu zahlen.

Besteht erneuter Anspruch auf eine Versicherungsleistung, werden nach der Anerkennung die entsprechenden versicherten Leistungen wieder aufgenommen. Eine erneute Sofortleistung wird nur nach § 11 Abs. 11 gezahlt.

Die angegebenen Leistungen gelten nur, wenn sie mitversichert sind (siehe Versicherungsschein).

(11) Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass die Versicherte Person in eine **höhere Pflegestufe** einzuordnen ist, tritt die für die neue Pflegestufe versicherte Leistung ab dem auf den Termin der ärztlichen Feststellung folgenden Monat in Kraft. § 1 Abs. 1 bis 4 und Ergänzende Versicherungsbedingungen gelten entsprechend.

Bei der Sofortleistung erhält die Versicherte Person bei Erhöhung der versicherten Pflegestufe und während der Versicherungsdauer die Differenz zwischen der Sofortleistung der bisher erhaltenen Pflegestufe und der Sofortleistung der entsprechend neuen Pflegestufe. Gleiches gilt bei erneutem Anspruch auf eine Versicherungsleistung. Maximal können Sie als Sofortleistung also in Summe 6 x 100 % der versicherten Pflegerente der Pflegestufe III erhalten.

Die angegebenen Leistungen gelten nur, wenn diese mitversichert sind (siehe Versicherungsschein).

§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) 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.

(2) In den Fällen des § 13 Abs. 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistungen aus der Versicherung erhalten grundsätzlich Sie als Versicherungsnehmer oder die Person, die die Nachweise schickt. Wir können verlangen, dass diese Person ihre Berechtigung nachweist.

(2) Sie können auch eine oder mehrere Personen als bezugsberechtigt benennen. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen oder ändern. Es sei denn, Sie bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwirbt. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses unwiderrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag weder abtreten noch verpfänden.

(4) **Bitte beachten Sie**, dass die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts aus dem Versicherungsvertrag uns gegenüber nur und erst dann wirksam ist, wenn Sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind und wir Ihre Erklärungen vor dem Eintritt des Versicherungsfalls erhalten haben.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen, ebenso einen Aufenthalt von mehr als 6 Monaten außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz und Norwegens. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

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

§ 15 Welche Kosten werden gesondert in Rechnung gestellt?

Wir stellen Ihnen keine Kosten gesondert in Rechnung.

§ 16 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 17 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen gegen uns aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das örtliche Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb Deutschlands oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist für Klagen aus dem Versicherungsvertrag und der Versicherungsvermittlung das Gericht ausschließlich zuständig, in dessen Bezirk wir unseren Sitz haben.

§ 18 Welche weiteren Bestimmungen gelten?

Rechnungsgrundlagen

(1) Bei der Beitragskalkulation und der Berechnung der Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile verwenden wir für das Todes- und Pflegefallrisiko Ausscheideordnungen (Pflege- und Sterbetafeln). Der Rechnungszins beträgt 2,25%. Die Rechnungsgrundlagen werden der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht mitgeteilt.

Bei der Beitragsberechnung wird das Geschlecht als Risikomerkmals verwendet. Weitere Informationen dazu finden Sie auf den Internetseiten der IDEAL unter www.ideal-versicherung.de.

Bitte beachten Sie: Folgen bei Nichtbeachtung von Verhaltensregeln

(2) Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Obliegenheit nicht vorsätzlich verletzt. Bei grob fahrlässiger Verletzung behalten Sie Ihren Versicherungsschutz, wenn die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat, ansonsten haben wir das Recht, unsere Leistungen entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen. Die Ursächlichkeit gilt nicht bei Arglist.

Bei vorsätzlicher Verletzung behalten Sie in diesen Fällen den Versicherungsschutz nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, unsere Interessen ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn Sie kein erhebliches Verschulden trifft.

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen.

Beitragsanpassung bei verändertem Leistungsbedarf

(3) Unter folgenden Voraussetzungen können wir die Beiträge für Ihre Versicherung bei unveränderter Leistung erhöhen bzw. bei Versicherungen gegen Einmalzahlung und beitragsfreien Versicherungen zusätzliche Beiträge verlangen. (Bonusrenten werden wie beitragsfreie Versicherungen behandelt):

- wenn sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des verein-

barten Beitrags geändert hat.

- wenn der nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten.

Damit die Änderungen wirksam werden können, muss ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen für die Beitragsanpassung prüfen und die Angemessenheit der neuen Rechnungsgrundlagen bestätigen.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Den neuen Beitrag bzw. den zusätzlichen Beitrag werden wir Ihnen dann schriftlich mitteilen. Die Beitragserhöhung wird ab Beginn des zweiten Monats nach der Benachrichtigung wirksam.

Sie können auch verlangen, dass die Leistungen entsprechend reduziert werden. Voraussetzung ist, dass die versicherte Pflegerente nicht unter 250 € monatlich sinkt.

Erhalten Sie bereits eine Pflegerente, werden wir keine Leistungsanpassung vornehmen.

Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

(4) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß den gesetzlichen Vorschriften nach Ablauf von 3 Jahren. Die Frist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang unserer schriftlichen Entscheidung bei der Fristberechnung nicht mit.

Vertragsprache

(5) Die Kommunikation während der Vertragsdauer erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (14. Juni 2007)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Abs. 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Abs. 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43 a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere

nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

Für die IDEAL PflegeRente Basis gelten zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeRente (AB_IPR_2008C) nachfolgende Leistungen.

Soweit in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeRente Basis keine besonderen bzw. ergänzenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeRente (AB_IPR_2008C).

1. Pflegerente und Beitragsfreistellung im Pflegefall

Wird die Versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig nach Pflegestufe III, erhalten Sie – ergänzend zum § 1 Abs. 1 der AB_IPR_2008C – **100% der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe III.**

Wurde die versicherte Pflegestufe anerkannt und zahlen Sie für Ihre Versicherung laufende Beiträge, sind Sie zusätzlich während der Dauer der Pflegestufe III von der Beitragszahlungspflicht befreit.

Was als Pflegestufe III im Sinne dieser Bedingungen gilt, lesen Sie bitte unter § 1 Abs. 6 der AB_IPR_2008C.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 1 AB_IPR_2008C.

Außer den im Versicherungsschein dokumentierten garantierten Leistungen erhalten Sie im Pflegefall weitere Leistungen aus der Überschuss-Beteiligung (siehe § 2 AB_IPR_2008C), die Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ sehen.

2. Sofortleistung (sofern vereinbart)

Wird die Versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig nach Pflegestufe III, erhalten Sie beim erstmaligen Eintritt der Pflegestufe III neben der Pflegerentenzahlung eine einmalige Kapitalzahlung. Sie erhalten bei der IDEAL PflegeRente Basis 6 x 100% der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe III.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 3 AB_IPR_2008C.

3. Todesfalleistung (sofern vereinbart)

Bei Versicherungsverträgen **gegen Einmalbeitrag** erstatten wir bei Tod der Versicherten Person den Einmalbeitrag im ersten versicherten Jahr. Ab dem zweiten versicherten Jahr verringert sich die Todesfalleistung jedes Jahr – jährlich gleichmäßig – bis zum Alter von 85 Jahren. Ab dem 86. Lebensjahr wird keine Todesfalleistung mehr gezahlt.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 4 AB_IPR_2008C.

Für die IDEAL PflegeRente *Klassik* gelten zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeRente (AB_IPR_2008C) nachfolgende Leistungen.

Soweit in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeRente *Klassik* keine besonderen bzw. ergänzenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeRente (AB_IPR_2008C).

1. Pflegerente und Beitragsfreistellung im Pflegefall

Wird die Versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig, erhalten Sie:

- 50 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe II oder
- 100 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe III.

Wurde die versicherte Pflegestufe anerkannt und zahlen Sie für Ihre Versicherung laufende Beiträge, sind Sie während der Dauer der Pflegestufe III oder II von der Beitragszahlungspflicht befreit.

Was als Pflegestufe III oder II im Sinne dieser Bedingungen gilt, lesen Sie bitte unter § 1 Abs. 6 bis 7 der AB_IPR_2008C.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 1 AB_IPR_2008C.

Außer den im Versicherungsschein dokumentierten garantierten Leistungen erhalten Sie im Pflegefall weitere Leistungen aus der Überschuss-Beteiligung (siehe § 2 AB_IPR_2008C), die Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ sehen.

2. Beitragsfreistellung im Pflegefall bei Pflegestufe I (sofern vereinbart)

Haben Sie eine Beitragsbefreiung bei Pflegestufe I vereinbart, wird Ihr Versicherungsvertrag ab Eintritt der Pflegestufe I beitragsfrei gestellt. Dies gilt auch bei einer Rückstufung in die Pflegestufe I (siehe § 11 AB_IPR_2008C).

Was als Pflegestufe I im Sinne dieser Bedingungen gilt, lesen Sie bitte unter § 1 Abs. 8 der AB_IPR_2008C.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 1 AB_IPR_2008C.

3. Sofortleistung (sofern vereinbart)

Wird die Versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig, zahlen wir beim erstmaligen Eintritt der versicherten Pflegestufe neben der Pflegerentenzahlung eine einmalige Kapitalzahlung. Sie erhalten bei der IDEAL PflegeRente *Klassik*:

- 6 x 50 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe II oder
- 6 x 100 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe III.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 3 AB_IPR_2008C.

Welcher Leistungsanspruch sich ergibt, wenn die Versicherte Person von einer niedrigeren in eine höhere versicherte Pflegestufe einzustufen ist, lesen Sie bitte unter § 11 Abs. 11 AB_IPR_2008C.

4. Todesfallleistung (sofern vereinbart)

Bei Versicherungsverträgen **gegen Einmalbeitrag** erstatten wir bei Tod der Versicherten Person den Einmalbeitrag im ersten versicherten Jahr. Ab dem zweiten versicherten Jahr verringert sich die Todesfallleistung jedes Jahr – jährlich gleichmäßig – bis zum Alter von 85 Jahren. Ab dem 86. Lebensjahr wird keine Todesfallleistung mehr gezahlt.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 4 AB_IPR_2008C.

Für die IDEAL PflegeRente *Exklusiv* gelten zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeRente (AB_IPR_2008C) nachfolgende Leistungen.

Soweit in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeRente *Exklusiv* keine besonderen bzw. ergänzenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeRente (AB_IPR_2008C).

1. Pflegerente und Beitragsfreistellung im Pflegefall

Wird die Versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig, erhalten Sie:

- 25 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe I oder
- 50 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe II oder
- 100 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe III.

Wurde die versicherte Pflegestufe anerkannt und zahlen Sie für Ihre Versicherung laufende Beiträge, sind Sie zusätzlich während der Dauer der Pflegestufe III, II oder I von der Beitragszahlungspflicht befreit.

Was als Pflegestufe III, II oder I im Sinne dieser Bedingungen gilt, lesen Sie bitte unter § 1 Abs. 6 bis 8 der AB_IPR_2008C.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 1 AB_IPR_2008C.

Außer den im Versicherungsschein dokumentierten garantierten Leistungen erhalten Sie im Pflegefall weitere Leistungen aus der Überschuss-Beteiligung (siehe § 2 AB_IPR_2008C), die Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ sehen.

2. Sofortleistung (sofern vereinbart)

Wird die Versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig, zahlen wir beim erstmaligen Eintritt der Pflegestufe neben der Pflegerentenzahlung eine einmalige Kapitalzahlung. Sie erhalten bei der IDEAL PflegeRente *Exklusiv*:

- 6 x 25 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe I oder
- 6 x 50 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe II oder
- 6 x 100 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe III.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 3 AB_IPR_2008C.

Welcher Leistungsanspruch sich ergibt, wenn die Versicherte Person von einer niedrigeren in eine höhere versicherte Pflegestufe einzustufen ist, lesen Sie bitte unter § 11 Abs. 11 AB_IPR_2008C.

3. Todesfallleistung (sofern vereinbart)

Bei Versicherungsverträgen **gegen Einmalbeitrag** erstatten wir bei Tod der Versicherten Person den Einmalbeitrag im ersten versicherten Jahr. Ab dem zweiten versicherten Jahr fällt die Todesfallleistung jedes Jahr – jährlich gleichmäßig – bis zum Alter von 85 Jahren. Ab dem 86. Lebensjahr wird keine Todesfallleistung mehr gezahlt.

Bei Versicherungsverträgen **mit laufender Beitragszahlung** erstatten wir bei Tod der Versicherten Person die gezahlten Beiträge, maximal jedoch 6 x 100 % der versicherten Pflegerente der Pflegestufe III.

Bitte berücksichtigen Sie die Informationen des § 1 Abs. 4 AB_IPR_2008C.

Einkommensteuer

Die Beiträge können bei einer Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeiträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden.

Versicherungsleistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit sind im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen einkommensteuerfrei, wenn die Versicherungsleistung der Versicherten Person zukommt.

Versicherungsleistungen aufgrund des Todes der Versicherten Person sind in vollem Umfang einkommensteuerfrei.

Erbschaftsteuer und Schenkungsteuer

Ansprüche oder Leistungen dieser Versicherung unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z.B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Die tatsächliche Erbschaftsteuerschuld ist von den individuellen Verhältnissen (z.B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen nach § 16 ErbStG) abhängig.

Meldepflichten (gelten nur, wenn eine Todesfalleistung vereinbart worden ist)

Meldungen an das Finanzamt erfolgen u.a. bei

- Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer
- Versicherungsnehmerwechsel

Änderungen des Steuerrechts

Die Steuerinformationen beziehen sich auf das zum Zeitpunkt des Abschlusses geltende Steuerrecht.

Es ist nicht möglich, auf alle Steuervorschriften einzugehen. Fragen, auf die Sie keine Antwort finden, richten Sie bitte an uns oder an Ihren Steuerberater.

Vorbemerkungen

Versicherungsunternehmen können ihre Aufgaben heute nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG in Ihren Versicherungsantrag aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z.B. beim Arzt einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflicht-Entbindungsklausel enthalten. Vertrauliche Informationen bleiben bei uns vertraulich; dies gilt insbesondere für uns anvertraute besondere Arten personenbezogener Daten (wie Gesundheitsdaten). Wir tragen Sorge dafür, dass in den Informations- und Kommunikationssystemen, die unserer Verantwortung unterliegen, angemessene technisch-organisatorische Maßnahmen zum Schutz der Vertraulichkeit dieser Informationen ergriffen werden.

Beispiele für Datenverarbeitung und -nutzung

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssummen, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen, eines Rechtsanwaltes oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im

In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Sind an Ihrer Versicherung mehrere Versicherer beteiligt (Mitversicherung), werden Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten zur ordnungsgemäßen Abwicklung der Mitversicherung an die Mitversicherer weitergegeben.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) sowie beim Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgen lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Dabei ist ein jeweils branchenspezifischer Zugriff vorgesehen. Ein Austausch über den einzelnen Versicherungszweig hinaus findet nicht statt. Jedes Hinweissystem enthält lediglich einen Hinweis darauf, ob bei einem anderen Versicherer einer der nachfolgend beschriebenen Anlässe aufgetreten ist. Informationen zum Anlass selbst sind nicht enthalten.

Beispiele

Rechtsschutzversicherer

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von zwölf Monaten.
- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung. Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Allgemeine Haftpflichtversicherer

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht. Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und Schadenverhütung.

Lebensversicherer

Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,

- wegen verweigerter Nachuntersuchung.

Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge. Zweck: Risikoprüfung.

Sachversicherer

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadensummen erreicht sind. Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.
- Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe schließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von Datenübermittlung, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen. Unserer Unternehmensgruppe gehören zzt. folgende Unternehmen an:

- IDEAL Lebensversicherung a.G.,
- IDEAL Versicherung AG,
- IDEAL Vorsorge GmbH,
- IDEAL Beteiligungen GmbH,
- AHORN Aktiengesellschaft,
- AHORN-Grieneisen Bestattungen GmbH,
- AHORN-Grieneisen GBG Bestattungsgesellschaft mbH,
- Bestattungsinstitut Denk Trauerhilfe GmbH,
- ANTEA Bestattungen GmbH,
- ANTEA Bestattungen GmbH Bautzen,
- Görlitzer Bestattungshaus Klose GmbH,

- Regnum Volksbestattung GmbH,
- HORIZONT – Lebensbegleitende Dienste GmbH,
- GRANDIOS AssekuranzKontor GmbH.

Haben Sie zusammen mit diesem Versicherungsvertrag einen Bestattungs-Vorsorgevertrag abgeschlossen, werden zur Sicherstellung einer reibungslosen Vertragsbearbeitung von uns - soweit notwendig – auch Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten an das Unternehmen weitergegeben, mit dem der Bestattungs-Vorsorgevertrag abgeschlossen wurde. Dies bezieht sich nur auf die Daten Ihrer Bestattungs-Vorsorgeversicherungen. Die Daten anderer bei uns abgeschlossener Versicherungsverträge werden nicht weitergegeben.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können auch Gesundheitsdaten an den zuständigen Vermittler übermittelt werden. Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlungsvertrags oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen zu Ihren Rechten

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.