

Verbraucherinformation für Konventionelle Versicherungen

Risikoversicherung im Fall der
Pflegebedürftigkeit mit laufender
Beitragszahlung
– Private Vorsorge

in der Fassung 10/2017

Ihre Versicherer:
IDEAL Lebensversicherung a.G.
Kochstr. 26
10969 Berlin

gemeinsam mit:
Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
53288 Bonn www.zurich.de

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	Seite 3
Allgemeine Versicherungsbedingungen AB-IPR-2017C	Seite 5
Ergänzenden Versicherungsbedingungen EB-IPR-Karenz-2017A	Seite 22
Ergänzenden Versicherungsbedingungen EB-IPR-Rentendyn-2017A	Seite 23
Ergänzenden Versicherungsbedingungen EB-IPR-RGZ-2017A	Seite 24
Ergänzenden Versicherungsbedingungen EB-IPR-Sofort-2017A	Seite 25
Ergänzenden Versicherungsbedingungen EB-IPR-Tod-2017A	Seite 26
Erklärungen der Versicherer, die gemeinsame Versicherung betreffend ZI-MITV-ZÜRICH-2015A	Seite 27
Steuerinformationen	Seite 28
Lexikon	Seite 29

Allgemeine Hinweise

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

1. Informationen zu den Versicherern

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. Die IDEAL Lebensversicherung a.G. ist der geschäftsführende Versicherer und Ihr Ansprechpartner. Die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung zeichnet einen Teil der Versicherung. Sitz der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG ist in Bonn in der Poppelsdorfer Allee 25 -33 (53115 Bonn), die Handelsregisternummer ist 19 HRB 4450. Weitere Regelungen die gemeinsame Versicherung betreffend finden Sie beiliegend in den "Erklärungen der Versicherer, die gemeinsame Versicherung betreffend".

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigte IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Olaf Dilge, Karlheinz Fritscher, Dr. Arne Barinka (stv.).

Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Versicherer ist der Betrieb von Lebensversicherungen.

Sicherungsfonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus dieser Versicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds nach §§ 221 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 und Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG gehören dem Sicherungsfonds an.

2. Informationen zur Leistung

Vertragsgrundlagen

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

Ergänzend gelten für diesen Vertrag die "Erklärungen der Versicherer, die gemeinsame Versicherung betreffend".

Kosten im Leistungsfall

Gegebenenfalls können für den Nachweis unserer Leistungspflicht und die Erbringung der Versicherungsleistung Kosten entstehen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AB-IPR-2017C.

Vorzeitige Aufhebung oder Änderung des Vertrags

Bei Kündigung Ihres Versicherungsvertrags können Sie – wenn vorhanden – einen Rückkaufswert 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 den AB-IPR-2017C.

Gültigkeitsdauer von Informationen / Bindung an das Angebot

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

Steuerregelungen

Steuerinformationen sind in diesen Verbraucherinformationen enthalten (Seite 28).

3. Informationen zum Vertrag

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 AB-IPR-2017C.

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 AB-IPR-2017C nach. Sie erteilen Ihre Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Nr. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum BGB. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Per Post: IDEAL Lebensversicherung a.G.,
Kochstr. 26, 10969 Berlin
Per Mail: service@ideal-versicherung.de
Per Fax: 030 /25 87 - 80

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um den im Antrag ausgewiesenen Betrag, der anteilmäßig entsprechend den Tagen der Risikotragung berechnet wird. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 VVG zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

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

Anwendbares Recht

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Vertragssprache

Alle Inhalte der Dokumente und die Kommunikation vor oder während der Vertragsdauer erfolgen ausnahmslos in deutscher Sprache.

4. Informationen zum Rechtsweg

Beschwerdemanagement bei der IDEAL Versicherungsgruppe
Ihr Anliegen ist uns wichtig. Qualifizierte Mitarbeiter bieten Ihnen erstklassigen Service – das ist für uns selbstverständlich. Sollten Sie dennoch mit unserem Service oder unseren Produkten nicht zufrieden sein, teilen Sie uns das bitte mit. Ihre direkte und offene Rückmeldung

hilft uns, noch besser zu werden, dafür danken wir Ihnen schon im Voraus. Falls eine abschließende Bearbeitung Ihres Anliegens nicht unverzüglich möglich ist, informieren wir Sie in einem Zwischenbescheid über die weiteren Schritte.

Ihre Beschwerde können Sie uns auf allen üblichen Kommunikationswegen zukommen lassen:

Per Post:	IDEAL Versicherungsgruppe, Postfach 11 01 20, 10831 Berlin
Per E-Mail	beschwerde@ideal-versicherung.de
Per Telefax	030/ 25 87 -355
Telefonisch	030/ 25 87 -259

Natürlich können Sie uns auch persönlich besuchen. Sie finden uns im Herzen Berlins in der Kochstraße 26 in 10969 Berlin.

Erforderliche Informationen

Bitte teilen Sie uns folgendes mit

- Ihren Namen und Ihre Kontaktdaten
- Die betroffene Versicherung (Versicherungsnummer) oder den betroffenen Schaden (Schadensnummer)
- Ihr Anliegen: Womit sind Sie unzufrieden? Was können wir verbessern?

Alternative Ansprechpartner

Sie können auch ein Gericht anrufen oder Ihr Anliegen an folgende Institutionen adressieren:

Versicherungsombudsmann

Der Versicherungsombudsmann ist eine unabhängige und für den Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle zwischen Versicherungsunternehmen und Kunden: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel. 0800 3696000, Fax 0800 3699000, E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Die "BaFin" ist die zuständige Aufsichtsbehörde für Banken und Finanzdienstleister: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn. Internetseite: www.bafin.de

Außergerichtliche Online-Streitbeilegung (OS-Plattform)

Wir weisen darauf hin, dass Ihnen unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr> auch die Online-Plattform der EU-Kommission zur außergerichtlichen Online-Streitbeilegung zur Verfügung steht.

Unabhängig von den außergerichtlichen Beschwerdestellen besteht für Sie weiterhin die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die PflegeRente AB-IPR-2017C

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben bei uns, der **IDEAL** Lebensversicherung a.G., im Folgenden **IDEAL** genannt, Ihre PflegeRente abgeschlossen. Sie sind damit der Versicherungsnehmer, also unser Ansprechpartner in allen vertraglichen Angelegenheiten. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen. Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben beziehungsweise Gesundheitszustand die Versicherung abgeschlossen ist. Versicherungsnehmer und versicherte Person können unterschiedliche Personen sein. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

In unserer Anrede benutzen wir zur Vereinfachung stellvertretend für alle Geschlechter die männliche Form.

Bei der PflegeRente handelt es sich um eine Rentenversicherung zur finanziellen Absicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit.

Wir verzichten für eine bessere Verständlichkeit bewusst vielfach auf die Nennung der zugrunde liegenden Gesetze und Paragraphen. Auf Ihren Wunsch können wir Ihnen diese jedoch gerne darlegen.

Wenn Sie Probleme haben, einen Sachverhalt richtig einzuordnen, sind Erläuterungen zu einigen Begriffen hilfreich. Zu allen unterstrichenen Begriffen finden Sie daher Beschreibungen in dem beigefügten Lexikon. Dieses Lexikon ist nicht Teil der Versicherungsbedingungen im rechtlichen Sinne.

Inhalt

- § 1 Welche Leistungen erhalten Sie?
- § 2 Welche Überschüsse erhalten Sie?
- § 3 Wann beginnt und wann endet Ihre Versicherung?
- § 4 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?
- § 5 Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?
- § 6 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie während der Vertragslaufzeit?
- § 7 Was geschieht, wenn Sie Ihre PflegeRente kündigen?
- § 8 Was setzen wir bei der Berechnung einzelner Werte voraus?
- § 9 Wie alt ist die versicherte Person?
- § 10 Welche Kosten und Gebühren gibt es?
- § 11 Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor und wie werden die Pflegegrade bestimmt?
- § 12 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?
- § 13 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt beziehungsweise ausgeschlossen?
- § 14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 15 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Was für eine Rente erhalten Sie?

Wird die versicherte Person während der Dauer dieser PflegeRente pflegebedürftig, zahlen wir Ihre vereinbarte Pflegerente, solange die Pflegebedürftigkeit besteht. Ihre Pflegerente ist von dem Pflegegrad (siehe § 11) abhängig. Sie erhalten Ihre Pflegerente nur für einen versicherten und anerkannten Pflegegrad. Welche Pflegegrade Sie versichert haben, lesen Sie bitte in Ihrem Versicherungsschein nach.

a) Beginn und Dauer der Rentenzahlung

Ihr Anspruch besteht ab dem Monat, der durch ärztliche Feststellung bzw. den für die Pflegekasse zuständigen Medizinischen Dienst als Zeitpunkt des Eintritts der versicherten Pflegebedürftigkeit bescheinigt wird. Ihr Anspruch besteht rückwirkend maximal für ein Jahr ab Anzeige des Pflegefalls bei uns. Einen rückwirkenden Anspruch auf Leistungen zahlen wir Ihnen in einem Betrag aus. Diese Regelung gilt sinngemäß, wenn sich die versicherte Pflegebedürftigkeit ändert. Ihre

vereinbarten Pflegerenten werden bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die Pflegebedürftigkeit entfällt oder die versicherte Person stirbt.

b) Rentensteigerung aus der Überschussbeteiligung nach Rentenbeginn

Ihre Rente erhöht sich durch Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 2).

c) Befreiung von Ihrer Beitragszahlung

Während der Rentenzahlung müssen Sie keine Beiträge für Ihre PflegeRente zahlen. Unabhängig von der Rentenzahlung müssen Sie ebenfalls keine Beiträge zahlen, wenn

- Sie die "Befreiung von Ihrer Beitragszahlung ab Pflegegrad 2" mit uns vereinbart haben und
- die versicherte Person mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird.

Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie Ihre Beiträge allerdings weiterzahlen. Bei Anerkennung Ihrer Leistung zahlen wir Ihre zu viel gezahlten Beiträge zurück.

Sie können auch beantragen, dass Ihre Beiträge bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet werden. Stundungszinsen werden von uns nicht erhoben. Besteht kein Leistungsanspruch, müssen Sie Ihre gestundeten Beiträge innerhalb eines Monats nach Erhalt unseres Leistungsentscheids nachzahlen. Wir bieten Ihnen alternativ auch die Möglichkeit, Ihre gestundeten Beiträge über einen Zeitraum von maximal 24 Monaten in gleichen Raten zurückzuzahlen.

d) Keine Rückstufung bei Veränderung des Pflegegrades

Nach zwölf Monaten ununterbrochener Pflegerentenzahlung aufgrund des Pflegegrades 4 oder 5 bleibt Ihre Befreiung von Ihrer Beitragszahlung auch bestehen, wenn die versicherte Person in einen geringeren Pflegegrad eingestuft wird.

Nach 24 Monaten ununterbrochener Pflegerentenzahlung aufgrund des Pflegegrades 4 oder 5 zahlen wir diese Pflegerente, solange die versicherte Person lebt. Das gilt auch, wenn die versicherte Person in einen geringeren Pflegegrad eingestuft wird oder die Pflegebedürftigkeit komplett wegfällt.

Darüber hinaus gibt es weitere Regeln zu Änderungen im Umfang der Pflegebedürftigkeit beziehungsweise des Pflegegrades (siehe Absatz 5).

e) Mindest-/Höchstrente

Es gelten folgende Mindest- und Höchstbeträge:

in den Pflegegraden 2 und 3 mindestens 50 EUR höchstens 4.000 EUR
in den Pflegegraden 4 und 5 mindestens 250 EUR höchstens 4.000 EUR
in den Pflegegraden 4 und 5 bei Beitragsfreistellung mindestens 100 EUR

Dabei beziehen sich die Höchstbeträge auf die Summe aller bei der IDEAL für die versicherte Person existierenden Pflegerentenversicherungen. Geplante garantierte Rentensteigerungen werden bei der Mindest-/Höchstrente mit berücksichtigt. Renten aus Ihrer Überschussbeteiligung werden nicht berücksichtigt.

(2) An wen zahlen wir die fälligen Leistungen aus?

Grundsätzlich erhalten Sie als unser Versicherungsnehmer alle Auszahlungen aus Ihrer PflegeRente.

a) Bezugsberechtigung

Sie können jedoch auch bestimmen, dass bestimmte Leistungen an jemand anderen ausgezahlt werden. Sie berechtigen damit eine oder auch mehrere Personen, Leistungen aus Ihrer PflegeRente zu beziehen. Solch eine Bezugsberechtigung kann unter bestimmten Voraussetzungen sinnvoll sein.

Beispiel: Sie sind sowohl Versicherungsnehmer als auch versicherte Person. Ihre Pflegerente soll Ihre Kosten im Pflegefall decken, Ihr Ehepartner soll das jedoch für Sie regeln. Sie erteilen daher folgendes Bezugsrecht:
Für Ihre Pflegerente: Mein Ehepartner (Nachname, Vorname, Geburtsdatum) ist bezugsberechtigt.

Dabei gibt es zwei Arten von Bezugsrecht:

- Das widerrufliche Bezugsrecht können Sie jederzeit ändern.
- Das unwiderrufliche Bezugsrecht kann nur geändert werden, wenn die einmal als bezugsberechtigt benannte Person der Änderung zustimmt.

Wer in welchen Fällen bezugsberechtigt ist, hängt von Ihrer individuellen Vertragsgestaltung ab. Da es sich bei diesen Allgemeinen Bedingungen um ein allgemein geltendes Dokument handelt, sprechen wir bei der Beschreibung von Leistungen immer Sie als unseren Versicherungsnehmer stellvertretend für den jeweils Bezugsberechtigten an.

Darüber hinaus gilt:

b) Abtretung oder Verpfändung

Weitere Formen, das Recht auf Ihre Leistungen an eine andere Person weiterzugeben – etwa im Rahmen einer Abtretung oder einer Verpfändung – sind bei Ihrer PflegeRente nicht möglich.

(3) Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?

a) Erforderliche Unterlagen bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Wenn Sie Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie, die versicherte Person oder der berechtigte Dritte uns die Feststellung der versicherten Pflegebedürftigkeit unverzüglich anzeigen.

Dabei gehen Sie bitte wie folgt vor:

Sie schicken uns das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung (Gutachten eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines unabhängigen Sachverständigen).

Sofern dieses Gutachten nicht ausreicht, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen, oder keine gesetzliche Pflegeversicherungspflicht besteht, müssen auf unsere Anforderung folgende Unterlagen eingereicht werden:

- eine ärztliche Bescheinigung über Ursache, Beginn und Verlauf (voraussichtliche Dauer) der Pflegebedürftigkeit
- und
- eine Bescheinigung von der Einrichtung beziehungsweise von den Personen, die mit der Pflege betraut sind, über
 - die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder
 - die Fähigkeiten, derer es der Hilfe durch andere bedarf.

In diesem Fall kann eine entsprechende Begutachtung durch einen unabhängigen Gutachter nach 3 c) notwendig werden.

Der Nachweis mittels Gutachten durch einen medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige sachverständige Gutachter ist alternativ möglich. Bei diesen Gutachtern handelt es sich um Fachärzte (zum Beispiel mit neurologischer oder psychiatrischer Ausbildung), die Diagnosen erstellen beziehungsweise die zur Diagnose führenden Befunde bestätigen. Dabei erfassen sie die Anamnese und klinische Ausprägung und nutzen standardisierte Testverfahren.

Erhalten Sie bereits eine Leistung aufgrund einer versicherten Pflegebedürftigkeit und wird eine Leistung aufgrund eines höheren oder niedrigeren Pflegegrades verlangt, gelten die vorstehenden Regeln entsprechend.

b) Übernahme von Gebühren bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Ärztliche Gebühren, die zur Begründung Ihres erstmaligen Leistungsanspruchs aus Ihrer PflegeRente entstanden sind, übernehmen wir in voller Höhe, wenn sie innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens entstanden und angemessen sind.

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.

c) Weitere notwendige Nachweise bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir weitere notwendige Nachweise beziehungsweise Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen.

Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person von durch uns beauftragte Ärzte oder Gutachter untersuchen lässt.

Darüber hinaus müssen Sie beziehungsweise die versicherte Person

- die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben,
- andere Versicherer,
- (Sozial-)Versicherungsträger,
- Behörden oder Kranken- und Pflegeeinrichtungen ermächtigen, uns erforderliche Auskünfte zu erteilen, und uns sowie die genannten Stellen von der Schweigepflicht entbinden. Hierzu empfehlen wir, eine entsprechende Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung zu erteilen.

Wir werden Sie in jedem Fall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck wir eine Auskunft beziehungsweise Untersuchung benötigen. Die versicherte Person oder der berechtigte Dritte entscheidet, ob sie oder er

- in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten durch die IDEAL einwilligt,
- in die Übermittlung der Gesundheitsdaten an die IDEAL einwilligt beziehungsweise
- in die Begutachtung einwilligt,
- die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbindet oder ob sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringt.

d) Auszahlung der Versicherungsleistung

Zur Feststellung der Leistungspflicht müssen Sie uns die erforderlichen Nachweise gemäß Absatz 3 a einreichen. 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.

- Haben Sie Anspruch auf Pflegerentenzahlung, zahlen wir die fälligen Pflegerenten sofort. Folgerenten werden jeweils zu Anfang des Monats im Voraus gezahlt. Zu viel gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.
- 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 das mit Hinweis auf die noch fehlenden Nachweise in regelmäßigem Abstand – mindestens alle drei Wochen – mitteilen.

e) Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit

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

Wir können im Leistungsfall halbjährlich eine amtlich beglaubigte Lebensbescheinigung für die versicherte Person verlangen. Versäumen Sie die rechtzeitige Vorlage der Unterlagen, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit und Sie müssen die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Zur Vorlage des Nachweises werden wir Sie jeweils ausdrücklich auffordern.

Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir weitere notwendige Nachweise beziehungsweise Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen. Absatz 3 a gilt entsprechend.

f) Änderung des Umfangs beziehungsweise Wegfall der Pflegebedürftigkeit

Sie sind verpflichtet, uns eine Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit unverzüglich mitzuteilen.

- Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass die versicherte Person in einen niedrigeren Pflegegrad beziehungsweise in keinen Pflegegrad mehr einzuordnen ist, wird die Versicherungsleistung mit Ablauf des Monats, in dem die Minderung eingetreten ist, angepasst. Ist der niedrigere Pflegegrad bei Ihrer Versicherung mitversichert, zahlen wir die für diesen Pflegegrad vorgesehene versicherte Leistung. Ist der niedrigere Pflegegrad nicht mitversichert beziehungsweise liegt kein Pflegegrad mehr vor, entfällt Ihre Versicherungsleistung. Zu viel erhaltene Versicherungsleistungen müssen Sie uns zurückzahlen.

Besteht kein Anspruch mehr auf eine Versicherungsleistung, wird Ihre PflegeRente zum nächsten Monatsersten in den Zustand vor Eintritt des Versicherungsfalls versetzt. War Ihre PflegeRente beitragspflichtig und ist die Beitragszahlungspflicht zwischenzeitlich nicht abgelaufen, müssen Sie Ihre Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Bitte beachten Sie die Besonderheiten bei einer Rückstufung gemäß § 1 Absatz 1 d.

- Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass die versicherte Person in einen höheren Pflegegrad einzuordnen ist, tritt die für den neuen Pflegegrad versicherte Leistung ab dem auf den Termin der Feststellung folgenden Monat in Kraft und der Leistungsanspruch aus dem vorherigen Pflegegrad entfällt.
- Die Änderungsgründe beziehungsweise den Wegfall unserer Leistung werden wir Ihnen darlegen.

g) Tod der versicherten Person

Der Tod der versicherten Person sollte uns innerhalb von zwei Wochen ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anspruchsteller Kenntnis vom Tod erlangt hat, mitgeteilt werden. Dabei benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort der versicherten Person.

h) Besonders zu beachten:

- Alle Nachweise müssen Sie uns im Original einreichen.
- Zu Unrecht oder zu viel empfangene Versicherungsleistungen müssen Sie an uns zurückzahlen.

(4) Mit welchen Folgen müssen Sie rechnen, wenn Sie die Mitwirkungspflichten nicht beachten?

Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Mitwirkungspflicht (Obliegenheit) vorsätzlich verletzt, sind wir für diesen Versicherungsfall von der Leistung befreit. Bei grob fahrlässiger Verletzung haben wir das Recht, unsere Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens zu kürzen. Erbringen Sie den Nachweis, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Unsere Leistungspflicht bleibt auch bestehen, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat.

Bei Arglist bleiben wir generell leistungsfrei. Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen.

(5) Welche weiteren Leistungen erhalten Sie?

Über die vereinbarten Leistungen hinaus bieten wir Ihnen eine Reihe von Hilfestellungen, sogenannte Assistanceleistungen, an. Bitte informieren Sie sich auf unserer Homepage oder bei unserem Kundenservice über die jeweils gültigen Angebote. Für diesen Service müssen Sie keinen gesonderten Beitrag zahlen.

§ 2 Welche Überschüsse erhalten Sie?

Der Gesetzgeber hat klare Regeln aufgestellt, wie wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen und den Bewertungsreserven der IDEAL beteiligen müssen. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) stellt mittels Kontrollen sicher, dass wir die Regeln einhalten.

Die über den Garantiezins (siehe § 8 Absatz 3) hinausgehenden Überschüsse werden 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 der BaFin einzureichen.

(1) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer der IDEAL insgesamt?

a) Woraus entstehen Überschüsse?

Es gibt drei wesentliche Quellen von Überschüssen. Sie hängen direkt mit den Grundlagen (siehe § 8) zusammen:

- Verzinsung: Wir legen das Geld unserer Versicherungsnehmer, das wir in den Versicherungsverträgen verwalten, an. Die Erträge hieraus schreiben wir unseren Versicherungsnehmern gemäß gesetzlicher Vorschrift zu mindestens 90 % gut.
- Kalkulation Ihrer Leistungen: Wir beschreiben, dass wir gewisse Annahmen treffen müssen, ob und wie lange wir die versicherten Leistungen zahlen müssen (siehe § 8). Stellt sich heraus, dass wir weniger Leistungen auszahlen müssen als angenommen, bleibt Geld übrig. Dieses Geld schreiben wir unseren Versicherungsnehmern gemäß gesetzlicher Vorschrift zu mindestens 90 % als Ertrag gut.
- Kalkulation der Kosten: Stellt sich heraus, dass wir weniger Kosten benötigen als angenommen, bleibt Geld übrig. Dieses Geld schreiben wir unseren Versicherungsnehmern gemäß gesetzlicher Vorschrift zu mindestens 50 % als Ertrag gut.

b) Was geschieht als Nächstes mit den gutgeschriebenen Überschüssen?

Die entstandenen Überschüsse gehören zunächst allen unseren Versicherungsnehmern. Wir sammeln die Überschüsse und reservieren sie zur Verteilung auf die einzelnen Versicherungsverträge. Diese reservierten Überschüsse heißen "Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)" und dürfen grundsätzlich nur zur Weitergabe an die Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in wenigen, im Gesetz geregelten Ausnahmefällen und mit Zustimmung der BaFin darf ein Versicherer davon abweichen.

c) Woraus entstehen Bewertungsreserven?

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Anlagen, in die wir das Geld aus den Versicherungsverträgen investieren, über dem Wert liegt, mit dem die Guthabenanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jeden Monat neu.

(2) Wie verteilen wir die Überschüsse aller Versicherungsnehmer auf die einzelnen Verträge?

Unterschiedliche Versicherungen können auch in unterschiedlicher Höhe zur Überschussbeteiligung beitragen, wie ein beispielhafter Blick auf die Entstehung der Überschüsse verdeutlicht:

a) Überschüsse aus der Kalkulation Ihrer Leistungen

- Hier könnten wir bei der zu erwartenden Dauer von Rentenzahlungen (zum Beispiel bei einer Rentenversicherung oder bei einer Pflegerentenversicherung) mit unseren Annahmen genau richtig gelegen haben. Es würden also keine Überschüsse entstehen.
- Unsere versicherten Personen sterben später als erwartet. Bei den reinen Versicherungen für den Todesfall müssen wir dann viel weniger auszahlen, als wir angenommen haben. Es entstehen Überschüsse.

b) Überschüsse aus der Kalkulation der Kosten

Zahlen wir Renten aus, verursacht das höhere Kosten, als wenn wir einen einmaligen Betrag auszahlen. Eine Rentenversicherung oder eine Pflegerentenversicherung wird daher mit anderen Kosten kalkuliert als eine reine Versicherung für den Todesfall. Daher tragen diese Versicherungen auch unterschiedlich zur Überschussbeteiligung bei.

Deshalb fassen wir alle bei der IDEAL bestehenden Verträge nach verschiedenen Kriterien zusammen und bilden so Gruppen von gleichartigen Versicherungen, wie:

- Gewinn- und Bestandsgruppe Rentenversicherungen
- Gewinn- und Bestandsgruppe Pflegeversicherungen
- Gewinn- und Bestandsgruppe Risikoversicherung

Ihre PflegeRente gehört der Gewinn- und Bestandsgruppe Pflege Rentenversicherungen an. Der Verantwortliche Aktuar stellt einmal im Jahr fest.

- wie viele Überschüsse angefallen sind,
- wie viel davon für die Versicherungsnehmer gutgeschrieben wird,
- welche Gewinn- und Bestandsgruppe welchen Anteil davon erhält und
- welche Anteile der einzelne Vertrag davon erhält.

Seine Ergebnisse teilt der Verantwortliche Aktuar dem Vorstand in Form einer Empfehlung mit. Der Vorstand beschließt daraufhin die Höhe der Überschuss-Anteilsätze. Wir veröffentlichen die Überschuss-Anteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie jederzeit auf unserer Internetseite abrufen.

(3) Wie verwalten wir Ihre Überschüsse vor Rentenbeginn?

Sie erhalten vor dem Rentenbeginn laufende Überschussanteile. Diese Überschüsse verwenden wir zur Bildung einer zusätzlichen beitragsfreien Pflegerente, der Bonusrente. Sie bildet ein separates Deckungskapital ohne Berücksichtigung von Abschluss- und Vertriebskosten. Die Überschüsse schreiben wir Ihnen jährlich zum Ende eines Jahres gut.

Sie erhalten als laufende Überschussanteile:

- Zinsen in % des Deckungskapitals für die versicherte Pflegerente und die bisher gebildete Bonusrente zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres.

Dabei werden die Zinssätze wie folgt bestimmt:

- Der Zinssatz entspricht dem Zinssatz, den wir in unserem Geschäftsbericht für das aktuelle Kalenderjahr ausgewiesen haben.

Der Zinssatz wird für den Teil des Deckungskapitals, welcher aus einmaligen Einzahlungen gebildet wurde, in den ersten fünf Jahren der Vertragslaufzeit vermindert. Die Verminderung weisen wir ebenfalls in unserem Geschäftsbericht aus.

(4) Was machen wir mit Ihren Überschüssen bei Rentenbeginn?

Zum Rentenbeginn zahlen wir Ihnen die erreichte Bonusrente. Sie erhalten bei Pflegegrad 4 oder 5 100 % der vorhandenen Bonusrente. Sofern versichert, erhalten Sie in den Pflegegraden 2 und 3 eine Leistung aus der Bonusrente, die dem Verhältnis der garantierten versicherten Pflegerente des eingetretenen Pflegegrades zur garantierten versicherten Pflegerente des Pflegegrades 4 oder 5 entspricht.

Zusätzlich erhalten Sie mit der Pflegerentenzahlung eine Plusrente als Schluss-Überschuss. Der Schluss-Überschuss-Satz zur Bestimmung der Höhe der Plusrente wird für jedes Geschäftsjahr neu festgelegt. Für den Pflege Rentenbezug ist derjenige Schluss-Überschuss-Satz maßgeblich, der für das Kalenderjahr gilt, in das der Beginn der Pflege rentenzahlung fällt.

Sie erhalten bei Pflegegrad 4 oder 5 100 % der vorhandenen Plusrente. Sofern versichert, erhalten Sie in den Pflegegraden 2 und 3 eine Leistung aus der Plusrente, die dem Verhältnis der garantierten versicherten Pflegerente des eingetretenen Pflegegrades zur garantierten versicherten Pflegerente des Pflegegrades 4 oder 5 entspricht.

Die Höhe Ihrer Plusrente und Bonusrente ändert sich, wenn sich die Höhe Ihrer garantierten Rente wegen Wechsels in einen anderen Pflegegrad erhöht oder verringert. Davon abgesehen ist diese Plusrente ab Rentenbeginn garantiert und kann während des Rentenbezuges weder sinken noch entfallen.

(5) Was machen wir mit den Überschüssen, die wir nach Rentenbeginn erwirtschaften?

Auch nach Rentenbeginn beteiligen wir Sie an den Überschüssen, die wir in Form einer weiteren Bonusrente an Sie weitergeben. Diese besteht in einer jährlichen Erhöhung Ihrer Bonusrente. Sie ermittelt sich aus den Zinsen in % des Deckungskapitals für die versicherte

Pflegerente und die bisher gebildete Bonusrente zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres, die wir im Geschäftsbericht für das Kalenderjahr ausgewiesen haben, in dem die versicherte Person pflegebedürftig wird. Die Erhöhung kann jedes Jahr unterschiedlich hoch sein.

Wenn wir die Überschussbeteiligung senken müssen,

- verringern oder streichen wir Ihre künftigen jährlichen Erhöhungen. Bereits erfolgte jährliche Erhöhungen sind ab dem Zeitpunkt ihrer ersten Auszahlung garantiert und können daher nicht mehr sinken oder entfallen.

Die Höhe Ihrer Überschussbeteiligung nach Rentenbeginn können Sie dem Geschäftsbericht entnehmen.

(6) Warum können wir die Höhe Ihrer Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe Ihrer Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab:

- Welche Zinsen können wir für Sie erwirtschaften?
- Wie oft und in welcher Höhe müssen wir versicherte Leistungen auszahlen? Müssen wir mehr auszahlen, als wir bei der Berechnung der Beiträge angenommen haben, treffen unsere Annahmen zu oder müssen wir weniger auszahlen?
- Wie entwickeln sich die Kosten in unserem Unternehmen? Sind sie höher, als wir bei der Berechnung der Beiträge angenommen haben, treffen unsere Annahmen zu oder sind die Kosten niedriger?

Die Antworten auf diese Fragen können wir nicht voraussagen. Sie sind von uns auch nur begrenzt beeinflussbar.

Die Höhe Ihrer künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen. Sie können den möglichen Verlauf Ihrer Überschussbeteiligung Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.

Die Höhe der Ihrer PflegeRente bereits gutgeschriebenen Überschüsse können Sie Ihrer jährlichen Wertmitteilung entnehmen (siehe § 8 Absatz 5).

§ 3 Wann beginnt und wann endet Ihre Versicherung?

(1) Wann beginnt Ihre PflegeRente?

Ihre PflegeRente beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt. Wenn Sie den Beitrag nicht zu den vereinbarten Terminen zahlen, kann jedoch unsere Pflicht, die vereinbarten Leistungen an Sie auszuführen, entfallen (siehe § 4 Absatz 3).

(2) Wann endet Ihre PflegeRente?

Ihre PflegeRente endet grundsätzlich mit dem Tod der versicherten Person oder mit Beendigung durch Sie (siehe § 7) oder die IDEAL. Gegebenenfalls laufende Rentenzahlungen enden am letzten Tag des Monats, in dem die versicherte Person verstirbt.

(3) Welche Uhrzeit gilt für den Beginn- und den Endtermin?

Beginntermine gelten ab 0:00 Uhr, also immer ab der ersten Sekunde des genannten Tages. Endtermine gelten bis 24:00 Uhr, also immer bis zur letzten Sekunde des genannten Tages. Sprechen wir von einer Dauer "bis einschließlich" eines Monats, ist der Endtermin der Letzte des Monats um 24:00 Uhr.

§ 4 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?

(1) Wann müssen Sie die Beiträge zahlen und wie hoch sind sie?

Sie können Ihrem Versicherungsschein entnehmen, zu welchen Terminen und in welcher Höhe Sie Beitragszahlungen geplant haben. Gesetzlich unterscheiden wir zwei Arten von Beiträgen: den Einlösungsbeitrag und den Folgebeitrag.

a) Einlösungsbeitrag

So nennen wir Ihren ersten Beitrag, den Sie für Ihre PflegeRente zahlen. Haben Sie vereinbart, zum ersten Termin mehrere Beiträge zu zahlen, besteht Ihr Einlösungsbeitrag aus der Summe dieser Beiträge. Beispiel: Sie wollen monatlich 50 EUR zahlen. Zusätzlich möchten Sie einen einmaligen Beitrag zu Beginn Ihrer Versicherung von 5.000 EUR zahlen. Ihr Einlösungsbeitrag beläuft sich dann auf 5.050 EUR.

Sie müssen diesen Einlösungsbeitrag spätestens zu dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn zahlen.

b) Folgebeitrag

Folgebeitrag wird jeder Beitrag genannt, der nach Ihrem Einlösungsbeitrag fällig ist. Sie müssen diese Folgebeiträge spätestens zu den mit Ihnen vereinbarten Terminen zahlen.

Erteilen Sie uns ein Mandat zur SEPA-Lastschrift, erfolgen die Lastschriften zu den mit Ihnen vereinbarten Terminen.

(2) Wie sorgen Sie dafür, dass die Beiträge rechtzeitig gezahlt werden?

Sie müssen dafür sorgen, dass alle Beiträge rechtzeitig bei uns eingehen. Für die Rechtzeitigkeit Ihrer Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit Ihr Beitrag bei uns eingeht. Das können Sie auf folgende Arten machen:

a) Sie haben ein Mandat zur SEPA-Lastschrift erteilt

Sie sorgen dafür, dass wir Ihre Beiträge zu den vereinbarten Terminen in der vereinbarten Höhe von Ihrem Bankkonto abbuchen können. Sie widersprechen dieser Abbuchung nicht.

Die SEPA-Lastschrift hat einen Vorteil: Selbst wenn wir den fälligen Beitrag nicht abbuchen konnten, gilt Ihre Zahlung unter folgenden Voraussetzungen dennoch als rechtzeitig:

- Sie haben nicht zu vertreten, dass die Abbuchung nicht erfolgen konnte.
- Beispiel: Sie haben ein Bankguthaben von 500 EUR. Von Ihrem Bankkonto werden 400 EUR abgebucht. Die Abbuchung beruht auf einem Fehler, weil eine weitere Rate für einen bereits ausgelaufenen Kredit abgebucht wurde. Auf Ihrem Bankkonto verbleiben 100 EUR. Wir können Ihren Beitrag über 150 EUR nicht einziehen.
- Unser folgender zweiter Versuch, Ihren Beitrag abzubuchen, ist erfolgreich. Haben Sie zu vertreten, dass Ihr Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

b) Sie haben kein Mandat zur SEPA-Lastschrift erteilt oder es ist ungültig geworden

Sie überweisen uns Ihre Beiträge, sodass diese zu den vereinbarten Terminen in der vereinbarten Höhe bei uns eingehen.

Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(3) Was geschieht, wenn Sie nicht zahlen oder weniger zahlen als vereinbart?

a) Einlösungsbeitrag

Bei nicht rechtzeitiger Zahlung – das bedeutet auch, wenn wir den Beitrag nicht einziehen können – dürfen wir vom Vertrag zurücktreten. Darüber hinaus sind wir bei Eintritt eines Versicherungsfalles nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unser Recht auf Rücktritt und unsere Leistungsfreiheit bestehen nur, wenn Sie die nicht rechtzeitige Zahlung zu vertreten haben.

b) Folgebeitrag

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir

Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

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

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

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

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

(4) Wann endet Ihre Beitragszahlung?

Ihre Beitragszahlung endet

- wie im Versicherungsschein vereinbart,
- spätestens in dem letzten Monat vor Beginn Ihrer Rentenzahlung (siehe § 1),
- mit Beendigung Ihres Vertrags durch Sie (siehe § 7) oder die IDEAL oder
- mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

Zu viel gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.

(5) Welche Möglichkeiten haben Sie, Beitragszahlungen zu ändern oder auszulassen?

a) Änderung Ihrer Beitragszahlungen

Sie können Ihren Beitrag immer zum nächsten Termin der Beitragszahlung ändern. So können Sie Beiträge erhöhen, verringern oder komplett streichen und zusätzliche Einzahlungen leisten.

Die Anpassungen haben Auswirkungen auf die Höhe Ihrer Leistungen. Erhöhen Sie Ihre Einzahlungen, steigen auch Ihre Leistungen entsprechend. Dafür legen wir eine weitere PflegeRente für Sie an. Dabei rechnen wir mit Grundlagen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung für das Neugeschäft verwenden. Die Höchstrente (siehe § 1 Absatz 1 e) darf nicht überschritten werden. Es gelten die Voraussetzungen für Vertragsänderungen (siehe § 6 Absatz 1).

Verringern Sie Ihre Einzahlungen, verringern sich auch Ihre Leistungen entsprechend.

b) Beitragsfreistellung

- Bei einer Beitragsfreistellung stellen Sie Ihre Beitragszahlung für einen unbestimmten Zeitraum ein.
- Die Höhe Ihrer versicherten Leistungen richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung erreichten Rückkaufswert (Siehe § 7). Bei der Berechnung der beitragsfreien Rente nehmen wir keinen Stornoabzug vor.

c) Später können Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder erhöhen

Möchten Sie verringerte Beiträge wieder erhöhen oder Ihre Beitragszahlung nach einer Beitragsfreistellung wieder aufnehmen, teilen Sie uns dies bitte mit (siehe § 5). Wir prüfen gerne, ob eine solche Änderung möglich ist. Voraussetzungen für die Erhöhung sind:

- Die Verringerung Ihrer Beiträge oder die Beitragsfreistellung wurde vor maximal 36 Monaten durchgeführt.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig.
- Es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die versicherte Person beantragt.

Nach einer Beitragsfreistellung oder einer Verringerung Ihrer Beiträge von mehr als sechs Monaten Dauer ist für die Erhöhung eine erneute Risikoprüfung erforderlich.

d) Beginnverlegung

Sie können den Beginn Ihrer PflegeRente verlegen. Wir berechnen dann sämtliche Vertragsdaten neu und legen dabei den neuen Versicherungsbeginn zugrunde. Liegt zwischen dem alten und dem neuen Versicherungsbeginn ein Jahreswechsel, erhöht sich durch die Beginnverlegung das Alter der versicherten Person bei Beginn und dadurch auch der Beitrag.

Voraussetzungen für die Beginnverlegung sind:

- Ihre PflegeRente befindet sich im ersten Jahr der Vertragslaufzeit.
- Der Versicherungsbeginn wird um maximal vier Monate verlegt.
- Es ist die erste Beginnverlegung zu Ihrer PflegeRente.

Auch hier gelten die Voraussetzungen für Vertragsänderungen (siehe § 6 Absatz 1). Wegen des speziellen Sachverhalts (die mögliche Erhöhung des Alters bei Beginn) weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass auch nach der Beginnverlegung das maximale Alter bei Beginn (siehe § 9 Absatz 2) nicht überschritten werden darf.

e) Beitragsverrechnung

Sie können eine Verrechnung von Beitragsrückständen beantragen.

Voraussetzungen für die Beitragsverrechnung sind:

- Ihre PflegeRente befindet sich mindestens im zweiten Jahr der Vertragslaufzeit.
- Wir stimmen der Beitragsverrechnung zu.
- Die Summe der Verrechnungsbeträge innerhalb von fünf Versicherungsjahren ist nicht höher als der Beitrag für ein halbes Versicherungsjahr.

f) Beitragsstundung

Sie können die Stundung von Beiträgen vereinbaren. Wir verzichten dann auf die rechtzeitige Zahlung von Beiträgen und vereinbaren einen Termin mit Ihnen, zu dem Sie diese Beiträge nachzahlen müssen. Dieser Termin liegt einen Monat nach dem eigentlichen Zahlungstermin des letzten betroffenen Beitrags. Sie müssen keine Zinsen zahlen. Voraussetzungen für die Beitragsstundung sind:

- Ihre PflegeRente befindet sich mindestens im vierten Jahr der Vertragslaufzeit.
- Sie haben Ihre Beiträge für die ersten drei Versicherungsjahre vollständig und ohne Unterbrechung gezahlt.
- Es ist die erste Beitragsstundung zu Ihrer PflegeRente.
- Der Stundungsbetrag ist nicht höher als der Beitrag für ein halbes Versicherungsjahr.
- Der Stundungsbetrag ist nicht höher als der aktuelle Rückkaufswert.
- Ihre PflegeRente ist nicht gekündigt.

g) Ablöse-Option

Sie können ab dem 13. Monat der Laufzeit Ihrer PflegeRente Ihre zukünftigen Beiträge durch Zahlung eines einmaligen Beitrags ganz oder teilweise ablösen.

Die Höhe Ihres Ablösebeitrags ist abhängig vom Ablösungstermin und von den zukünftigen Einzahlungen. Bitte beachten Sie auch die Regelung zu den einkalkulierten Kosten (§ 10 Absatz 2).

(6) Welche Unter- und Obergrenzen gibt es für den Beitrag?

a) Untergrenzen

- Bei laufender Beitragszahlung darf Ihr Beitrag nicht weniger als 60 EUR pro Jahr betragen. Der genannte Mindestbeitrag kann im Einzelfall unterschritten werden, um eine Auflösung Ihres kompletten Vertrags zu vermeiden. Wir prüfen gerne, ob eine solche Änderung möglich ist.
- Bei laufender Beitragszahlung darf die Dauer der Beitragszahlung nicht weniger als fünf Jahre sein.
- Bei kombinierter Beitragszahlung darf der anfängliche Einmalbeitrag nicht weniger als 2.000 EUR betragen.
- Bei Ausübung der Ablöse-Option muss der teilweise Ablösebeitrag mindestens 2.000 EUR betragen.

b) Obergrenzen

Der maximal mögliche Beitrag ergibt sich aus der Höchstrente (siehe § 1 Absatz 1 e).

(7) Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag erhöhen?

Unter folgenden Voraussetzungen können wir Ihre Beiträge für Ihre PflegeRente bei unveränderter Leistung erhöhen (siehe § 163 Absatz 1 VVG):

- wenn sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Grundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat (siehe § 163 Absatz 1 Satz 1 VVG);
- wenn der nach den berechtigten Grundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten (siehe § 163 Absatz 1 Satz 2 VVG).

Abweichend hiervon ist eine Neufestsetzung Ihres Beitrags aufgrund von unzureichend kalkulierten Versicherungsleistungen ausgeschlossen, wenn ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

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

Über Ihren neuen Beitrag informieren wir Sie mit einem Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Beitragserhöhung wird ab Beginn des zweiten Monats nach der Benachrichtigung wirksam.

Sie können auch Ihre Leistungen entsprechend verringern. Voraussetzung ist, dass die garantierte versicherte Mindestrente (siehe § 1 Absatz 1 e) nicht unterschritten wird.

Erhalten Sie bereits eine Pflegerente, ist keine Leistungsanpassung mehr möglich.

(8) Was bedeutet die Dynamisierung von Beitrag und Leistungen?

Haben Sie bei Abschluss eine Dynamisierung der Beiträge und Leistungen vereinbart, erhöhen wir vor Rentenbeginn Ihre versicherte Rente gemäß dem von Ihnen gewählten Dynamiksystem.

System A:

Ihre versicherte Rente steigt alle drei Versicherungsjahre jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um 10 % der anfänglichen Rente, erstmals zu Beginn des vierten Versicherungsjahres.

Beispiel:

Ihre garantierte Rente zum Versicherungsbeginn beträgt 100 EUR. Damit beträgt jede Erhöhung $10\% \times 100 \text{ EUR} = 10 \text{ EUR}$. Ihre garantierte Rente beträgt also
ab dem Versicherungsbeginn 100 EUR
ab dem vierten Versicherungsjahr $100 \text{ EUR} + 10 \text{ EUR} = 110 \text{ EUR}$
ab dem siebten Versicherungsjahr $110 \text{ EUR} + 10 \text{ EUR} = 120 \text{ EUR}$
...

System B:

Ihre versicherte Rente steigt jedes Versicherungsjahr jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um den vereinbarten Prozentsatz (1 %, 2 %, 3 %, 4 % oder 5 %) der anfänglichen Rente, erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Beispiel:

Ihre garantierte Rente zum Versicherungsbeginn beträgt 100 EUR. Sie haben eine Erhöhung von 2 % vereinbart. Damit beträgt jede Erhöhung $2\% \times 100 \text{ EUR} = 2 \text{ EUR}$. Ihre garantierte Rente beträgt also
ab dem Versicherungsbeginn 100 EUR
ab dem zweiten Versicherungsjahr $100 \text{ EUR} + 2 \text{ EUR} = 102 \text{ EUR}$
ab dem dritten Versicherungsjahr $102 \text{ EUR} + 2 \text{ EUR} = 104 \text{ EUR}$
...

Die Erhöhungen setzen aus,

- wenn Sie einer Erhöhung innerhalb eines Monats nach dem Termin der Erhöhung widersprechen,
- wenn ein Beitragsrückstand besteht,
- wenn Sie den neuen Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten zahlen.
- In diesen Fällen senden wir Ihnen im Folgejahr ein neues Erhöhungsangebot zu.

Die Erhöhungen enden

- in dem Jahr, in dem die versicherte Person 80 Jahre alt wird,
- mit der ersten Rentenzahlung aus Ihrer PflegeRente,

- wenn wir oder Sie Ihre PflegeRente vorzeitig beitragsfrei stellen,
- Ihre Rente die Höchstrente erreicht (siehe § 1 Absatz 1 e) oder
- wenn Sie drei Erhöhungsangeboten hintereinander widersprochen haben.

Die Beiträge für diese Erhöhungen zahlen Sie entsprechend der zu Vertragsbeginn vereinbarten Zahlungsweise laufend je nach Beitragsfälligkeit oder wiederkehrend als Einmalbeitrag. Die Dynamisierungen nehmen wir auch vor, wenn Sie die Beitragszahlung bereits abgelöst haben.

Dabei steigt der Beitrag nicht im gleichen Verhältnis wie die Rente. Mit zunehmendem Alter der versicherten Person nimmt die Steigerung des Beitrags zu. Wir senden Ihnen rechtzeitig vor dem jeweiligen Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung zu. Sie enthält auch die nach der Erhöhung geltenden garantierten Leistungen Ihrer Versicherung.

§ 5 Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Wie übermitteln wir die Informationen zu Ihrer PflegeRente?

Grundsätzlich möchten wir die Kosten Ihrer PflegeRente so gering wie möglich halten, denn je niedriger die Kosten sind, desto mehr erhalten Sie am Ende für Ihre Beiträge. Daher stellen wir Ihnen künftig sämtliche Informationen per E-Mail zur Verfügung. Dazu verwenden wir Ihre E-Mail-Adresse, die Sie uns genannt haben, oder wir kommunizieren auf anderen sicheren Wegen (zum Beispiel über ein für Sie eingerichtetes elektronisches Postfach oder über ein Portal).

Ausnahmen:

- Wenn es rechtlich erforderlich ist, senden wir Ihnen zusätzlich Unterlagen an Ihre Postanschrift.
- Wenn Sie es ausdrücklich wünschen, senden wir Ihnen auch alle anderen Informationen an Ihre Postanschrift.

Bis wir unsere Systeme auf diese Art der Kommunikation umgestellt haben, senden wir Ihnen Ihre Unterlagen jedoch nach wie vor standardmäßig per Post zu.

(2) Wie können Sie mit uns in Kontakt treten?

Es gibt verschiedene Wege, auf denen Sie uns erreichen können. Der für Sie bequemste Weg ist dabei nicht immer auch der sicherste. Eine einfache E-Mail zum Beispiel beweist noch nicht, dass sie tatsächlich von Ihnen stammt. Es könnte sich auch eine andere Person Zugang zu Ihrem Postfach verschafft haben und die E-Mail unter Ihrem Namen verschickt haben. Alternativen können ein Brief oder ein Fax sein.

Für Anliegen, bei denen die Betrugsgefahr eher gering ist, ist die E-Mail wegen des geringen Aufwandes aber sicherlich die beste Wahl. Diese Anliegen können zum Beispiel sein:

- Adressänderung,
- Namensänderung,
- Allgemeine Auskünfte,
- Auszahlungen auf das Referenzkonto.

Notwendige Dokumente und Urkunden können Sie dabei einscannen und an Ihre E-Mail anhängen. Dieser Weg ist zum Beispiel die richtige Wahl bei Übermittlung

- einer Heiratsurkunde,
- einer Sterbeurkunde,
- von Gesundheitsdaten.

Bei bestimmten Anliegen kann es sinnvoll sein, dass Sie sie in einem Brief erfassen, den Sie unterschreiben. Mit Ihrer Unterschrift stellen Sie sicher, dass keine andere Person Erklärungen unter Ihrem Namen abgibt. Diesen Brief können Sie ebenfalls einscannen und uns per E-Mail zur Verfügung stellen. Dieser Weg ist zum Beispiel die richtige Wahl bei Übermittlung

- von Steuerinformationen wie Ihrer Steueridentifikationsnummer,
- von SEPA-Mandaten mit Beitragszahlerwechsel,
- von Anforderungen einer Auszahlung auf ein anderes als das Referenzkonto,
- einer Änderung von Bezugsrechten.

(3) Welche Mitteilungsfristen gelten, wenn Sie Ihren Vertrag ändern oder kündigen möchten?

Wir bemühen uns, Ihre Wünsche schnell umzusetzen. Damit eine Umsetzung garantiert zum nächsten Monatsersten wirksam werden kann, muss uns Ihre Mitteilung bis zum Letzten eines Monats mit den hierfür nötigen Angaben und Erklärungen vorliegen.

(4) Welche Mitteilungsfristen gelten, wenn Sie eine Leistung beantragen?

Mitteilungen zur Beantragung einer Leistung aus Ihrer PflegeRente müssen Sie uns innerhalb von zwei Wochen ab dem zutreffenden Ereignis beziehungsweise ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Kenntnis von dem Ereignis erlangt haben, zusenden.

(5) Welche Mitteilungsfristen gelten, wenn Sie Ihre Postanschrift oder Ihren Namen ändern?

Eine Änderung Ihrer bei uns hinterlegten Postanschrift müssen Sie uns innerhalb von zwei Wochen mitteilen. 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.

Das gilt auch für eine Änderung Ihres Namens.

(6) Welche Mitteilungsfristen gelten, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse ändern?

Da die E-Mail künftig unser zentrales Medium für Mitteilungen ist und Sie der Kommunikation per E-Mail bei Beantragung zugestimmt haben, gelten die Mitteilungsfristen gemäß Absatz 5 sinngemäß.

(7) Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?

(Siehe § 1 Absatz 3)

(8) Mit welchen Folgen müssen Sie rechnen, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten nicht beachten?

(Siehe § 1 Absatz 4)

(9) Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

a) Welche Daten benötigen wir von Ihnen?

Der Gesetzgeber fordert von uns die Meldung bestimmter Daten und Informationen, die zum Beispiel Ihre Steuerpflicht in Deutschland und im Ausland oder die Herkunft Ihrer Einzahlungen betreffen, wie

- Ihrer Steueridentifikationsnummer,
- Ihres Geburtsorts,
- Ihres Wohnsitzes,
- Nachweise zur Identifikation und der wirtschaftlichen Berechtigung.

Beispiel: Sie haben jemand anderen als sich selbst zum Bezug Ihrer Rente berechtigt (siehe § 1 Absatz 2). In diesem Fall müssen wir ab Rentenbeginn eine jährliche Meldung über Ihre ausgezahlten Renten abgeben, damit das Finanzamt die hierfür eventuell zu entrichtende Steuer ermitteln kann.

Die zu meldenden Daten können dabei Sie selbst betreffen, aber auch andere Personen. Das wäre im genannten Beispiel der Fall, wenn eine andere Person Ihre Rente bezieht.

Alle diese Daten müssen Sie uns zur Verfügung stellen. Daten, die der Gesetzgeber nicht anfragt, werden wir auch nicht melden.

Weitere Informationen hierzu können Sie Ihrem Steuerinformationsblatt entnehmen.

b) Wann fragen wir Sie nach diesen Daten?

Informationen dieser Art sind erforderlich

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung Ihres Vertrags,
- wenn Sie oder berechtigte Dritte eine Leistung beantragen und
- auf unsere Nachfrage hin.

Stellen Sie uns diese Informationen bitte innerhalb von zwei Wochen ab dem zutreffenden Ereignis beziehungsweise ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Kenntnis von dem Ereignis erlangt haben, zur Verfügung.

c) Welche Konsequenzen hat es, wenn Sie uns über gesetzlich vorgeschriebene Informationen nicht in Kenntnis setzen?

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, legen wir den uns bekannten Stand Ihrer persönlichen Daten bei der Bearbeitung zugrunde. Im Zweifel führt das dazu, dass

- Sie direkten Kontakt zu den Behörden aufnehmen müssen.
- Sie bis zur Erfüllung der Auskunftspflicht keine Versicherungsleistung erhalten.

§ 6 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie während der Vertragslaufzeit?

Ihre PflegeRente bietet Ihnen eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten. So können Sie jederzeit auf eine Änderung Ihrer Bedürfnisse reagieren oder diesen sogar vorgreifen. Diese Vielzahl von Möglichkeiten lässt sich kaum überschaubar darstellen, daher beschränken wir uns auf die gängigsten. Weitere Möglichkeiten besprechen wir gerne mit Ihnen.

(1) Was sind die Voraussetzungen für eine Vertragsänderung?

Voraussetzung einer jeden Vertragsänderung ist, dass Ihre Beiträge und Ihre Leistungen nach Ihrer Änderung die Unter- und Obergrenzen einhalten (siehe § 4 Absatz 6 und § 1 Absatz 1 e). Darüber hinaus muss bei einer Erhöhung Ihrer versicherten Leistungen außerhalb der Nachversicherungsgarantie eine Risikoprüfung zu dem Ergebnis führen, dass einer Annahme Ihrer Vertragsänderung nichts entgegensteht. Das gilt auch für Vertragsänderungen, die im Folgenden lediglich aufgezählt und in einem anderen Paragraphen beschrieben sind.

(2) Wie dokumentieren wir Ihre Vertragsänderungen?

Bei Änderung Ihres Vertrags erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein und stellen Ihnen diesen Nachtrag zur Verfügung.

(3) Welche Änderungen sind möglich?

a) Kündigung (siehe § 7)

b) Entnahme

Sie können Geld aus Ihrer PflegeRente entnehmen. Durch Ihre Entnahme verringern sich Ihre versicherten Leistungen. Zum Ausgleich legen wir eine weitere PflegeRente an, für die Sie laufende Beiträge zahlen müssen. Dabei rechnen wir mit Grundlagen, die wir zum Zeitpunkt der Entnahme für das Neugeschäft verwenden. Wir berechnen in diesem Zusammenhang keine erneuten Abschluss- und Vertriebskosten.

Wir berechnen den Entnahmebetrag ähnlich wie den Rückkaufswert (siehe § 7). Allerdings vermindert der Stornoabschlag den Auszahlungsbetrag lediglich um 4 %. Nach der ersten Entnahme erhöht sich der Stornoabzug für eine spätere Kündigung auf 50 %.

Für Ihre Entnahme gelten die folgenden Voraussetzungen:

- Sie haben einen Einmalbeitrag oder einen Ablösebeitrag gezahlt.
- Ihre Entnahme muss mindestens 1.000 EUR betragen.
- Ihre Entnahme darf Ihr zum Zeitpunkt der Entnahme vorhandenes Deckungskapital nicht übersteigen. Eine Information über die Höhe des Deckungskapitals können Sie Ihrer "Mitteilung über die Wertentwicklung" entnehmen.
- Sie dürfen insgesamt maximal 75 % des Einmalbeitrags oder Ablösebeitrags entnehmen.
- Das Alter der versicherten Person ist zum Zeitpunkt der Entnahme höchstens 75 Jahre.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig und es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die versicherte Person beantragt.
- Die Entnahme ist frühestens ein Jahr nach dem Beginn Ihrer PflegeRente möglich. Im Fall eines Ablösebeitrags ist die Entnahme frühestens ein Jahr nach teilweiser oder vollständiger Ablösung Ihrer Beitragszahlung möglich.

c) Beitragsfreistellung (siehe § 4 Absatz 5)

d) Änderung Ihrer Beiträge (siehe § 4 Absatz 5)

e) Änderung Ihrer Leistungen

Sie können Ihre Leistungen jederzeit ändern. Diese Änderungen haben Auswirkungen auf die Beiträge. Erhöhen Sie eine Leistung, wird sich auch ein höherer Beitrag hierfür ergeben. Verringern Sie eine Leistung, sinkt auch der Beitrag hierfür.

Wenn Sie Ihre versicherten Leistungen erhöhen oder bisher nicht versicherte Leistungen einschließen wollen, legen wir eine weitere PflegeRente für Sie an. Dabei rechnen wir mit Grundlagen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung für das Neugeschäft verwenden. Die Höchstrente (siehe § 1 Absatz 1 e) darf nicht überschritten werden. Es gelten die Voraussetzungen für Vertragsänderungen (siehe § 6 Absatz 1).

f) Weitere Änderungswünsche

Haben Sie weitere Änderungswünsche, teilen Sie uns diese bitte mit. Sofern eine Änderung möglich ist, erstellen wir Ihnen gerne ein individuelles Angebot.

§ 7 Was geschieht, wenn Sie Ihre PflegeRente kündigen?

Sie können Ihre PflegeRente während der Laufzeit immer zum nächsten Termin der Beitragszahlung kündigen. Sollte Ihre PflegeRente beitragsfrei sein, können Sie zum Ersten des nächsten Monats kündigen. Dabei gelten immer die Mitteilungsfristen gemäß § 5 Absatz 3. Zusätzlich gewählte optionale Leistungskomponenten (siehe Versicherungsschein) können Sie nur in Verbindung mit dem gesamten Vertrag kündigen. Voraussetzung für eine Kündigung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens Ihrer Kündigung lebt und dass keine versicherte Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Als Nachweise können wir eine Lebensbescheinigung für die versicherte Person und eine Bestätigung darüber verlangen, dass diese nicht pflegebedürftig in einem versicherten Pflegegrad ist.

(1) Welche Auswirkungen hat Ihre Kündigung?

Durch Ihre Kündigung wird Ihre PflegeRente beendet. Das bedeutet, dass Sie ab dem Beendigungstermin keinen Anspruch mehr auf Ihre versicherten Leistungen haben.

(2) Was erhalten Sie bei Kündigung?

a) Nach einer Kündigung zahlen wir Ihnen den Rückkaufswert vermindert um den Stornoabzug sowie die Überschussbeteiligung aus.

b) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Kündigungstermin berechnete Deckungskapital Ihres Vertrags. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert, mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 10 Absatz 2).

c) Von dem nach Absatz 2 b) ermittelten Wert nehmen wir einen Stornoabzug in Höhe von 25 % vor. Nach der ersten Entnahme erhöht sich der Stornoabzug für eine spätere Kündigung auf 50 %. Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies müssen wir Ihnen im Zweifel nachweisen. Wir halten den Stornoabzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Stornoabzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Stornoabzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Im Lexikon erläutern wir Ihnen die Gründe für den Stornoabzug. Ist eine Bonusrente vorhanden, erhalten Sie zusätzlich den Rückkaufswert der Bonusrente und soweit vorhanden einen Anteil an den

Bewertungsreserven. Vom Rückkaufswert der Bonusrente wird kein Stornoabzug erhoben.

d) Wir sind berechtigt, den nach Absatz 2 b und 2 c 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 Absatz 6 VVG).

f) Noch nicht entrichtete Beiträge und sonstige Forderungen verrechnen wir.

(3) Welche Wahlmöglichkeiten haben Sie bei Kündigung?

a) Kündigung

Ihre PflegeRente endet.

b) Teilweise Kündigung

Bei einer teilweisen Kündigung können sich Ihre versicherten Leistungen reduzieren. Vorrangig wird Ihr Auszahlungsbetrag jedoch Ihrer Überschussbeteiligung entnommen. Voraussetzungen für Ihre teilweise Kündigung sind:

- Ihr Auszahlungsbetrag beläuft sich auf mindestens 250 EUR.
- Bei laufender Beitragszahlung beträgt der verbleibende Beitrag – abweichend vom Mindestbeitrag gemäß § 4 Absatz 6 – nicht weniger als 24 EUR im Jahr.

(4) Die Kündigung Ihrer Versicherung kann nachteilig sein.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei der Pflegerentenversicherung um eine reine Risikoversicherung ohne Sparprozess handelt. Im Falle eines Rückkaufs entspricht der Auszahlungsbetrag nicht der Summe der eingezahlten Beiträge.

Das liegt daran, dass im Versicherungsfall die vereinbarte Versicherungsleistung gezahlt wird, auch wenn erst ein Beitrag gezahlt worden ist. Nur den nicht für diese Risikübernahme verbrauchten Beitragsanteil Ihrer Versicherung sowie den zugeeilten Überschuss können wir zur Bildung Ihres Deckungskapitals verwenden.

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 10) nur ein geringer Auszahlungsbetrag vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Auszahlungsbeträge vorhanden. Die garantierten Werte bei Kündigung lesen Sie bitte in der "Mitteilung der Wertentwicklung" nach.

(5) Wie können Sie Ihre Kündigung rückgängig machen?

Sie können Ihre Versicherung innerhalb von sechs Monaten nach dem Kündigungstermin wiederherstellen. Voraussetzungen dafür sind:

- Wir stimmen dem zu.
- Sie haben Ihre ausstehenden Beiträge vollständig nachgezahlt oder Ihre Beiträge oder Leistungen werden entsprechend angepasst.
- Sie haben den bei Kündigung ausgezahlten Betrag vollständig zurückgezahlt.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig.
- Es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die versicherte Person beantragt.

Ihre versicherten Leistungen werden neu berechnet. Dabei verwenden wir die beschriebenen Grundlagen (siehe § 8).

§ 8 Was setzen wir bei der Berechnung einzelner Werte voraus?

Wenn wir in unseren Texten von Grundlagen oder Rechnungsgrundlagen sprechen, meinen wir damit die im Folgenden beschriebenen Sachverhalte.

Die einzelnen Werte von Versicherungen – wie Beiträge oder Leistungen – werden anhand von mathematischen Grundlagen unabhängig vom Geschlecht berechnet. Die verwendeten Grundlagen

haben wir der BaFin mitgeteilt. Diese Grundlagen liefern zum Beispiel Antworten auf die folgenden Fragen:

(1) Wie wahrscheinlich ist es, dass eine versicherte Leistung auch tatsächlich gezahlt werden muss?

Es gibt Statistiken darüber, wie lange Menschen eines jeden Geburtenjahrgangs in Deutschland durchschnittlich leben, wie wahrscheinlich es ist, dass sie ein bestimmtes Alter erreichen, und wie lange sie dann noch leben. Ebenso gibt es Statistiken darüber, wie wahrscheinlich Erkrankungen sind, wie oft Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit eintreten und wie lange sie andauern. Diese Statistiken nennt man Sterbetafeln, Rententafeln, Invalidisierungstafeln, Pflegetafeln oder zusammengefasst: Ausscheideordnungen. Sie beantworten uns die oben gestellte Frage.

Hierzu ein vereinfachtes Beispiel einer Todesfallversicherung: Wir vereinbaren mit 1.000 Personen, die alle im gleichen Jahr geboren sind, dass ihre Hinterbliebenen 100.000 EUR erhalten, wenn sie innerhalb der nächsten zehn Jahre sterben. Statistisch gesehen stirbt eine dieser 1.000 Personen in diesem Zeitraum. Ohne Berücksichtigung anderer Einflüsse wie Zins und Kosten benötigen wir somit $100.000 \times 1 : 1.000 = 100$ EUR Beitrag von jeder dieser Personen.

(2) Wie lange muss eine versicherte Rente voraussichtlich gezahlt werden?

Auch diese Frage lässt sich mithilfe von Ausscheideordnungen beantworten.

Hierzu ein weiteres vereinfachtes Beispiel einer Rentenversicherung: Wir sagen zwei Personen, die beide 65 Jahre alt sind, dass wir ihnen 100 EUR monatliche Rente zahlen, solange sie leben. Die erste Person stirbt mit 85 Jahren, also nach 20 Jahren. Die zweite Person stirbt mit 95 Jahren, also nach 30 Jahren. Im Durchschnitt haben beide folglich noch (20 Jahre + 30 Jahre) : 2 = 25 Jahre gelebt. Ohne Berücksichtigung anderer Einflüsse wie Zins und Kosten benötigen wir somit $100 \times 12 \times 25 = 30.000$ EUR Beitrag von jeder der beiden Personen.

(3) Welche Zinsen beziehungsweise Überschüsse berücksichtigen wir?

a) Garantiezins:

So bezeichnen wir den Zinssatz, mit dem Ihr Deckungskapital verzinst wird und der in die Berechnung der garantierten Leistungen einfließt. Der Garantiezins wird Ihnen jährlich gutgeschrieben. Die Höhe des Garantiezinses können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Darüber hinaus erhalten Sie eine nicht garantierte Überschussbeteiligung.

b) Überschüsse:

Der Garantiezins gilt ebenfalls für das Deckungskapital Ihrer Bonusrente. Die weiteren Regelungen zur Überschussbeteiligung können Sie § 2 entnehmen.

(4) Welche Kosten und Gebühren gibt es?

Siehe § 10

(5) Wie erfolgt die Ermittlung und Zuordnung Ihrer Ansprüche unter Berücksichtigung der Überschüsse?

Die maßgeblichen Zeitpunkte, zu denen Kosten, Gebühren, Entnahmen und Risikobeiträge abgezogen und Überschussanteile sowie Einzahlungen gutgeschrieben werden, sehen Sie in der "Mitteilung der Wertentwicklung", die Sie einmal jährlich erhalten. In dieser stellen wir Ihnen die Entwicklung Ihrer garantierten und nicht garantierten Werte in Textform dar.

§ 9 Wie alt ist die versicherte Person?

(1) Wie bestimmen wir das Eintrittsalter?

Das Alter, das wir für unsere Berechnungen verwenden, entspricht immer der Differenz von aktuellem Jahr und Geburtsjahr der versicherten Person.

Beispiele:

Die versicherte Person ist am 13.08.1970 geboren. Ihre PflegeRente beginnt am 01.03.2017. Das Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn ist also $2017 - 1970 = 47$ Jahre.

Die versicherte Person ist am 13.08.1970 geboren. Ihre PflegeRente beginnt am 01.10.2017. Das Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn ist also ebenfalls $2017 - 1970 = 47$ Jahre.

(2) Welche Unter- und Obergrenzen gibt es für das Alter?

- Das Mindestalter bei Beginn Ihrer PflegeRente beträgt 18 Jahre.
- Das maximale Alter bei Beginn Ihrer PflegeRente beträgt 75 Jahre.

§ 10 Welche Kosten und Gebühren gibt es?

(1) Wodurch entstehen die Kosten?

a) Unsere Mitarbeiter werden zum Beispiel dafür bezahlt,

- Produkte wie die PflegeRente für Sie zu entwickeln,
- Ihren Antrag zu prüfen,
- Ihren Vertrag zu erfassen und zu verwalten,
- Ihre Anfragen zu bearbeiten und
- Ihren Leistungsantrag zu prüfen.

b) Die Vertriebspartner erhalten dafür, dass sie Sie angemessen betreuen, eine vertrags- und beitragsbezogene Vergütung.

c) Darüber hinaus entstehen Ausgaben zum Beispiel für

- die Einhaltung rechtlicher und gesetzlicher Anforderungen,
- die Einrichtung und den Unterhalt der zeitgemäßen technischen Hilfen, wie Bestandsführungssysteme oder PCs für die Mitarbeiter,
- die Einrichtung und Weiterentwicklung einfacher, aber sicherer Kommunikationswege,
- die Erstellung von Marketingunterlagen und
- die Schulung von Mitarbeitern und Vertriebspartnern.

Dabei handelt es sich um Beispiele, nicht um eine abschließende Aufzählung.

Diese Ausgaben geben wir in Form von Kosten an unsere Versicherungsnehmer weiter. Dabei teilen wir die Kosten je nach ihrer Entstehung in die folgenden Kategorien ein:

- Abschluss- und Vertriebskosten und
- übrige Kosten (insbesondere Verwaltungskosten).

(2) Welche Kosten haben wir bereits einkalkuliert?

a) Vor Rentenbeginn

Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in dem jeweiligen Versicherungsjahr und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Bei Versicherungen mit einem Einmalbeitrag bezieht sich der maximale Betrag von 2,5 % für die Abschlusskosten auf den zu zahlenden Einmalbeitrag.

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

Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Pflegerente

vorhanden sind (siehe § 7). Die konkrete Entwicklung des Rückkaufswertes, der beitragsfreien Pflegerente und des Betrages, den wir Ihnen bei einem Rückkauf auszahlen, sehen Sie in der "Mitteilung der Wertentwicklung".

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt entnehmen.

Üben Sie Ihre Ablöse-Option aus, berechnen wir Kosten in Höhe von 3 % des Einzahlungsbetrages. Bei einer vollständigen Ablösung der Beitragszahlung sind Stückkosten von 60 EUR enthalten. Diese Kosten werden Ihnen nicht gesondert in Rechnung gestellt, sondern sind im zu zahlenden Ablösebeitrag bereits berücksichtigt.

Wir haben uns bei der Bemessung der Kosten an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert.

b) Nach Rentenbeginn

Abschluss- und Vertriebskosten fallen nicht mehr an.

Ihre Verwaltungskosten bemessen wir in einem Prozentsatz Ihrer Rente, die wir Ihnen zahlen. Diese Kosten sind bei der Berechnung Ihrer Rente bereits einkalkuliert.

Die Höhe dieser Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt entnehmen.

(3) Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Neben den oben beschriebenen Kosten für die Vertragsverwaltung erheben wir für spezielle Anlässe, zum Beispiel für Mahnungen, Gebühren.

Über diese Gebühren erhalten Sie von uns eine gesonderte Rechnung mit der Bitte um Begleichung. Sollten Sie die Gebühren nicht begleichen, entnehmen wir diese Gebühren Ihrer PflegeRente.

§ 11 Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor und wie werden die Pflegegrade bestimmt?

(1) Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die versicherte Person kann körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht mehr selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

(2) Wonach richten wir uns bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit?

Zur Einstufung in einen Pflegegrad können verschiedene Verfahren angewendet werden.

Verfahren A: Bei der Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit richten wir uns nach dem gesetzlichen System, wie es in den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI geregelt ist. Im Folgenden nennen wir dieses Sozialgesetzbuch XI immer SGB XI. Wir beziehen uns immer auf den Stand vom 01.01.2017.

Im Lexikon können Sie die Originaltexte der §§ 14 und 15 SGB XI lesen.

Verfahren B: Die Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit nach dem Punktesystem erfolgt alternativ zu der Einstufung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI mit Stand vom 01.01.2017.

(3) Wann liegt ein Pflegegrad nach Verfahren A vor?

Die Pflegebedürftigkeit kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Daher wird der Umfang der Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegrade unterteilt.

In dieser Tabelle sehen Sie die Umschreibung der Pflegegrade und die Gesamtpunktzahl, ab der der jeweilige Pflegegrad erreicht ist.

Pflegegrad	Umschreibung	Gesamtpunktzahl
1	Geringe Beeinträchtigung der <u>Selbstständigkeit</u>	ab 12,5
2	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 27
3	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 47,5
4	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 70
5	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90

a) Wie ermitteln sich die Gesamtpunktzahl und der Pflegegrad?

Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt in zwei Schritten.

Schritt 1: Zunächst wird der Pflegebedürftige begutachtet. Dabei wird eine Vielzahl von Kriterien überprüft, die Auskunft über die gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen geben sollen. Diese Kriterien sind in sechs Themenbereiche, sogenannte Module, geordnet. Für jedes Modul wird eine Punktzahl ermittelt.

Schritt 2: Anschließend werden die einzelnen Punktzahlen nicht einfach addiert, sondern zunächst unterschiedlich gewichtet. Einige Module spiegeln sich stärker in der Gesamtpunktzahl wider, andere weniger stark. Generell fließen alle Module mit ihrer jeweiligen Gewichtung in die Gesamtpunktzahl ein. Nur bei Modul 2 und Modul 3 erfolgt zunächst ein Abgleich: Das Modul mit der höheren Punktzahl fließt ein, das Modul mit der niedrigeren Punktzahl fließt nicht mit ein. Nach diesem Abgleich erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl, aus der sich der Pflegegrad ergibt.

In dieser Tabelle sehen Sie die Umschreibung der einzelnen Module, deren Kriterien und deren Gewichtung. Eine Übersicht zur Ermittlung der einzelnen Punktzahlen können Sie im Lexikon lesen.

Modul	Umschreibung	Kriterien	Gewichtung
1	Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> • Positionswechsel im Bett • Halten einer stabilen Sitzposition • Umsetzen • Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs • Treppensteigen 	10 Prozent

Modul	Umschreibung	Kriterien	Gewichtung
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld • örtliche Orientierung • zeitliche Orientierung • Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen • Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen • Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben • Verstehen von Sachverhalten und Informationen • Erkennen von Risiken und Gefahren • Mitteilen von elementaren Bedürfnissen • Verstehen von Aufforderungen • Beteiligen an einem Gespräch 	15 Prozent
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	<ul style="list-style-type: none"> • motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten • nächtliche Unruhe • selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten • Beschädigen von Gegenständen • physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen • verbale Aggression • andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten • Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen • Wahnvorstellungen • Ängste • Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage • sozial inadäquate Verhaltensweisen • sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen 	des Moduls mit dem höheren Wert
4	Selbstversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Waschen des vorderen Oberkörpers • Körperpflege im Bereich des Kopfes • Waschen des Intimbereichs • Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare • An- und Auskleiden des Oberkörpers • An- und Auskleiden des Unterkörpers • mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken • Essen • Trinken • Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls • Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma • Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma • Besonderheiten bei Sondenernährung • Besonderheiten bei parenteraler Ernährung 	40 Prozent

Modul	Umschreibung	Kriterien	Gewichtung
5	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel • in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung • in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern • in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften 	20 Prozent
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen • Ruhen und Schlafen • Sich beschäftigen • Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen • Interaktion mit Personen im direkten Kontakt • Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds 	15 Prozent

b) Welche Auswirkungen haben Gesetzesänderungen auf Ihre Leistungsansprüche aus diesem Vertrag?

Wir haben in Absatz 2 beschrieben, dass wir uns immer auf das SGB XI mit Stand vom 01.01.2017 beziehen. Eine Änderung

- der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit,
- der Einstufungskriterien,
- des Begutachtungsverfahrens,
- von Rechtsverordnungen oder
- von Richtlinien führen daher zu keiner Änderung der versicherten Leistungen aus diesem Vertrag.

Unter Umständen kann die Vorlage des Pflegegutachtens eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung als Nachweis der Pflegebedürftigkeit nicht ausreichen. Für diesen Fall müssen Sie uns die Pflegebedürftigkeit ärztlich nachweisen. Zum Beispiel können Sie den Nachweis mittels Gutachtens durch einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch andere unabhängige Gutachter erbringen. Einzelheiten zu den Nachweisen im Versicherungsfall lesen Sie bitte in § 1 Absatz 3.

c) Welche Anpassungsmöglichkeit haben Sie bei einer Änderung der Pflegegrade nach dem SGB XI?

Damit sich Ihr Versicherungsschutz für den Pflegefall immer an der aktuellen Gesetzeslage orientieren kann, haben Sie die folgende Anpassungsmöglichkeit:

Ändert sich die Definition der Pflegebedürftigkeit für die Pflegepflichtversicherung oder das Begutachtungsverfahren gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI wesentlich, können Sie Ihren Vertrag auf einen Wechsel-Tarif umstellen, der diese geänderte Gesetzeslage berücksichtigt.

Der Wechsel ist nur möglich, wenn wir Neukunden einen entsprechenden Tarif anbieten, der diese geänderte Gesetzeslage berücksichtigt.

Wir werden Ihnen einen entsprechenden Wechsel-Tarif anbieten, der sich an den von Ihnen versicherten Pflegegraden und dem damit verbundenen Versicherungsschutz orientiert und diesem am nächsten kommt. Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung. Nur für den Fall, dass die neue Definition der Pflegebedürftigkeit zu einer

wesentlichen Ausweitung des Versicherungsschutzes führt, behalten wir uns eine Risikoprüfung vor.

Die Grundlagen des Wechsel-Tarifs können sich von den in § 8 aufgeführten unterscheiden. Der Tarifwechsel Ihres Vertrags erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Anrechnung der bisher für Ihren Vertrag gebildeten Deckungskapitale.

Der Tarifwechsel kann – abhängig von der dann berücksichtigten neuen gesetzlichen Pflegedefinition sowie den von uns verwendeten Grundlagen – zu einem geänderten Beitrag beziehungsweise zu einer veränderten Leistung führen.

- Eine Umstellung ist nicht möglich, wenn zum Umstellungstermin
- bereits eine Leistung aus dieser Versicherung bezogen wird oder beantragt wurde,
 - die Umstellung auf den neuen Wechsel-Tarif unmittelbar zu einer Leistung führen würde,
 - die versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung bezieht oder eine entsprechende Leistung beantragt wurde.
 - der Vertrag vorzeitig beitragsfrei gestellt ist.

Ihren Wunsch nach einem Tarifwechsel müssen Sie uns innerhalb von zwölf Monaten nach dem Wirksamwerden der Änderung mitteilen. Gern erstellen wir Ihnen dann ein individuelles Angebot für die Umstellung.

Erst wenn Ihr Vertrag umgestellt ist, richtet sich die Definition der Pflegebedürftigkeit nach der dann neuen Gesetzeslage. Nach dem Tarifwechsel gelten für Ihren Vertrag ausschließlich die Versicherungsbedingungen des Wechsel-Tarifs.

(4) Wann liegt ein Pflegegrad nach Verfahren B vor?

Für jede der folgenden Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei denen die versicherte Person der beschriebenen Hilfe einer anderen Person bedarf, erhält sie einen Punkt. Dies wird nach objektiven medizinischen bzw. die Pflege begründenden Maßstäben festgestellt.

In dieser Tabelle sehen Sie die Punktzahl, ab der der jeweilige Pflegegrad erreicht ist.

Pflegegrad	Punktzahl
2	ab 4
3	ab 7
4 und 5	ab 9

Dabei erhält die versicherte Person für jedes der folgenden Kriterien, für das Hilfebedarf vorliegt, einen Punkt:

a) Fortbewegen

Der Punkt ist erreicht, wenn sich die versicherte Person auch bei Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl) nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten einer anderen Person möglich ist.

b) Aufstehen und Positionswechsel

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfe, spezieller Griff) nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (z. B. Bettkante Stuhl, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. Ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie die Lage im Bett nur nach Reichen einer Hand oder eines Hilfsmittels verändern.

c) Verrichten der Notdurft

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. spezieller Griffe, Toilette mit Duschfunktion) nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette/Toilettenstuhl aufsuchen und benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz, benötigt sie Hilfe einer anderen Person bei der Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Windeln, Stomabeutel, Dauer-/Katheter).

d) An- und Auskleiden

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei der Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. Schuhhölfe, Knöpfhilfe) nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Allein mit dem Reichen der Kleidung und der Kontrolle des Sitzes der Kleidung ist der Punkt noch nicht erfüllt.

e) Waschen

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. Wannengriff, Wannenslift) nur mit Hilfe einer anderen Person ein akzeptables Maß an Körperhygiene einhalten und sich nur in geringem Maße beim Waschen (z. B. Intimbereich, Haare), Duschen, Baden und Abtrocknen selbst beteiligen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, fällt nicht unter diesen Punkt.

f) Essen und Trinken

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. krankengerechtes Essbesteck/Trinkgefäß) nur mit Hilfe einer anderen Person bereits mundgerecht zubereitete Speisen und bereitstehende Getränke aufnehmen kann.

g) Kommunizieren

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt

- die versicherte Person kann von sich aus elementare Bedürfnisse nicht mehr oder nur noch durch nonverbale Reaktionen (Mimik, Gestik, Laute) mitteilen und
- die versicherte Person antwortet auf Fragen lediglich mit wenigen Worten oder sie weicht meistens vom Gesprächsinhalt ab und
- die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und benötigt personelle Unterstützung bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (Telefon bedienen/halten, Brief- oder E-Mail-Kontakt).

h) Denkvermögen

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person sich und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist, das heißt die versicherte Person benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern

- beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne notwendige Schritte regelmäßig vergisst und
- beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitäten, oder die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,
- Personen aus dem näheren Umfeld (z. B. Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und
- sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurecht zu finden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen und
- sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (z. B. Mittagessen) zu erkennen und
- einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen zu verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

i) Umgang mit Emotionen

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

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (z. B. bei der Körperhygiene, der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet. Sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und äußert starke Ängste und Sorgen oder
- antriebslos und schwer depressiv ist. Sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig und/oder apathisch.

§ 12 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

(1) Verjährung von Ansprüchen aus Ihrem Versicherungsvertrag

Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag verjähren gemäß den gesetzlichen Vorschriften nach Ablauf von drei 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.

(2) Welches ist die Vertragssprache?

Die Kommunikation erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

(3) Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(4) Wo ist der Gerichtsstand?

Für Klagen aus Ihrem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Bei juristischen Personen ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Klagen aus Ihrem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Bei juristischen Personen ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus Ihrem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 13 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt beziehungsweise ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Pflegebedürftigkeit gekommen ist.

(1) Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen im Ausland?

Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich weltweit. Ein Anspruch auf eine Leistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit besteht nur, wenn sich die versicherte Person zur Feststellung und Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in die EU, in die Schweiz oder nach Norwegen begibt.

Das gilt auch für eine Nachprüfung der versicherten Pflegebedürftigkeit bei bereits eingetretener Leistungsverpflichtung wegen dauerhafter Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen. Reisekosten werden dafür von uns nicht übernommen. Kann die versicherte Person diese Anspruchsvoraussetzung – egal aus welchen Gründen – nicht erfüllen, endet Ihre PflegeRente. Soweit noch keine Pflegerentenzahlung durch uns anerkannt und geleistet ist, erstatten wir den Betrag, der bei Kündigung (siehe § 7) vereinbart ist. Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund dieser Regelung eine Versicherungsleistung unter Umständen nicht geltend machen können, da die versicherte Person nicht reisefähig, der finanzielle Aufwand unverhältnismäßig hoch oder eine Rückkehr unwirtschaftlich sein könnte.

(2) Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen bei versuchter Selbsttötung?

Tritt die versicherte Pflegebedürftigkeit infolge einer versuchten Selbsttötung ein, zahlen wir Ihre versicherte Leistung 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 den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist.

(3) Bei welchen Ereignissen leisten wir nicht?

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Eintritt versicherter Pflegebedürftigkeit

- durch Kernenergie oder atomare, biologische beziehungsweise chemische (ABC-)Waffen.
- durch einen Krieg, Bürgerkrieg oder innere Unruhen.
- Im Fall eines Kriegs oder Bürgerkriegs werden wir jedoch leisten, wenn die Pflegebedürftigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
- Im Fall von inneren Unruhen werden wir leisten, wenn die versicherte Person nicht aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- 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 Ihre PflegeRente und wir erstatten den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist.

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

(1) Was ist die vorvertragliche Anzeigepflicht?

a) Sie sind bis zur Annahme Ihres Antrags auf PflegeRente verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (zum Beispiel Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. 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, aber auch für die von Ihnen abgegebenen Erklärungen zu von uns beschriebenen risikorelevanten Umständen.

Diese Anzeigepflicht gilt im Rahmen der Risikoprüfung, die Basis unserer Annahmemeinscheidung ist.

b) Soll der Pflegefall einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen und für die Abgabe der Erklärungen verantwortlich.

c) Wenn eine andere Person die Frage nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt. Von Ihnen wesentlich unterlassene Angaben zu gefahrerheblichen Umständen gegenüber dieser Person entlasten Sie als Versicherungsnehmer nicht.

(2) Mit welchen Folgen müssen Sie bei Nichtbeachtung der vorvertraglichen Anzeigepflicht rechnen?

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

- von Ihrer PflegeRente zurücktreten,
- Ihre PflegeRente kündigen,
- Ihre PflegeRente ändern oder
- Ihre PflegeRente wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

(3) Was geschieht, wenn wir zurücktreten?

a) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von Ihrer PflegeRente zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Verletzung der Anzeigepflicht vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir Ihre PflegeRente – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

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

- der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde.

c) Wenn wir Ihre PflegeRente durch Rücktritt aufheben, zahlen wir den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(4) Was geschieht, wenn wir kündigen?

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

b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir Ihre PflegeRente auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz), geschlossen hätten.

c) Kündigen wir Ihre PflegeRente, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe § 4). Ist eine Beitragsfreistellung nicht möglich, weil die Mindestrente nicht eingehalten wird, zahlen wir den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist, aus und Ihre PflegeRente endet.

(5) Was geschieht, wenn wir Ihre PflegeRente ändern?

a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir Ihre PflegeRente auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann dazu führen, dass Sie für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall Ihren Versicherungsschutz rückwirkend verlieren. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der nächsten Beitragsfälligkeit oder sofort bei abgelöster Beitragszahlung Vertragsbestandteil.

b) Sie können Ihre PflegeRente innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir die Gefährdabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen oder sich der Beitrag um mehr als 10 % erhöht.

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

(6) Welche Voraussetzungen gelten für die Ausübung unserer Rechte?

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

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

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Für den Fall, dass es sich um eine unverschuldete Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten handelt, verzichten wir auf unsere Rechte.

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

(7) Was geschieht, wenn wir Ihre PflegeRente anfechten?

Wir können Ihre PflegeRente auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen wurde. 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 3 a gilt entsprechend.

(8) Was geschieht bei Leistungserweiterung/Wiederherstellung Ihrer PflegeRente?

Die Absätze 1 bis 6 b gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung Ihrer PflegeRente entsprechend. Die Fristen nach Absatz 6 c beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung Ihrer PflegeRente bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

(9) Wer ist der Erklärungsempfänger?

Wir üben unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. 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 einen berechtigten Dritten zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 15 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

Sie können Ihren Versicherungsschutz während der Laufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Dafür legen wir eine weitere PflegeRente an. Dabei rechnen wir mit Grundlagen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung für das Neugeschäft verwenden.

(1) Wann können Sie von der Nachversicherungsgarantie Gebrauch machen?

Innerhalb der ersten drei Jahre nach Beginn Ihrer PflegeRente können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Vorliegen eines bestimmten Ereignisses erhöhen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Erhöhung vor dem 60. Geburtstag der versicherten Person durchführen.

Nach Ablauf der ersten drei Jahre nach Beginn Ihrer PflegeRente oder nach dem 60. Geburtstag der versicherten Person muss ein bestimmtes Ereignis vorliegen, das Sie von der Notwendigkeit überzeugt hat, Ihre PflegeRente zu erhöhen. Nur wenn ein solches, für uns nachvollziehbares Ereignis vorliegt, können wir auch dann noch auf eine Gesundheitsprüfung verzichten. Dabei muss es sich um eins der folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignisse handeln:

- Tod des Ehegatten, des in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partners oder des eingetragenen Lebenspartners,
- Pflegefall des Ehegatten, des in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partners oder des eingetragenen Lebenspartners,
- Senkung Ihrer Plusrente,
- Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Erstmöglicher Erwerb von Wohneigentum,
- Abschluss der ersten Berufsausbildung eines eigenen oder adoptierten Kindes,
- Abschluss des ersten Studiums eines eigenen oder adoptierten Kindes oder
- Erhöhung des Bruttojahreseinkommens um mindestens 10 %.

Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Erhöhung vor dem 67. Geburtstag der versicherten Person durchführen. Eine Erhöhung wegen Senkung Ihrer Plusrente können Sie auch nach dem 67. Geburtstag der versicherten Person noch durchführen.

(2) Was sind die weiteren Voraussetzungen für die Nachversicherungsgarantie?

- Ihre versicherten Leistungen halten nach Ihrer Erhöhung die Obergrenzen ein (siehe § 1 Absatz 1 e).
- Ihre Erhöhung enthält ausschließlich Leistungen, die bisher auch versichert sind.
- Ihre Leistungen steigen um nicht mehr als 10 % Ihrer aktuellen Leistungen.

- Ihre Leistungen steigen bei mehrfachen Erhöhungen insgesamt um nicht mehr als 30 % Ihrer anfänglich versicherten Leistungen.
- Bei dem Ereignis "Senkung Ihrer Plusrente" darf maximal die Senkung ausgeglichen werden.
- Die versicherte Person war oder ist nicht pflegebedürftig.
- Es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die versicherte Person beantragt.
- Sie können maximal einmal pro Kalenderjahr Gebrauch von der Nachversicherungsgarantie machen.
- Ihre Erhöhung müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses beantragen.

Ergänzende Bedingungen für Karenzzeit (EB-IPR-Karenz-2017A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben sich in Verbindung mit Ihrer PflegeRente für die Karenzzeit entschieden. Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EB) für die Karenzzeit beschreiben die entsprechenden Regeln. Sie ergänzen die Regeln, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel **"Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?"** auch weiterhin gelten.

Ergänzungen zu...

...§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Was für eine Rente erhalten Sie?

a) Beginn und Dauer der Rentenzahlung

Sie haben mit uns eine Karenzzeit vereinbart. Karenzzeit bedeutet, dass Sie für eine vereinbarte Anzahl von Monaten auf Ihre Rentenzahlungen verzichten. Die Rentenzahlung setzt abweichend zu § 1 Absatz 1 a der AVB also zu einem späteren Zeitpunkt ein. Die Karenzzeit hat jedoch keine Auswirkungen auf

- die Beitragsbefreiung.
- die Sofortleistung, sofern Sie eine vereinbart haben.
- die Todesfallleistung vor Rentenbeginn, sofern Sie eine vereinbart haben.

Beispiel: Sie haben eine Karenzzeit von sechs Monaten vereinbart. Die versicherte Person wird zum 01.05.2020 in einen versicherten Pflegegrad eingestuft.

In diesem Fall

- müssen Sie ab dem 01.05.2020 keine Beiträge mehr zahlen.
- zahlen wir die Sofortleistung zum 01.05.2020.
- zahlen wir die erste Rente zum 01.11.2020.
- zahlen wir die Todesfallleistung, sofern die versicherte Person vor dem 01.11.2020 verstirbt. Eine Rente wird dann nicht fällig.

Das ermöglicht es uns, Ihnen einen günstigeren Beitrag anzubieten. Sie sollten die Karenzzeit nur wählen, wenn Sie die pflegebedingten Ausgaben während dieser Zeit auf andere Weise, etwa durch Ersparnisse auf Ihrem Bankkonto, finanzieren können.

Die Karenzzeit hat folgende weitere Auswirkungen:

- Die Karenzzeit beginnt mit dem Termin, ab dem Ihr Anspruch auf eine Rentenzahlung besteht. Das gilt auch, wenn Ihre Rentenzahlung wegen verspäteter Anzeige auf ein Jahr rückwirkend begrenzt ist.
- Die Karenzzeit muss vollständig und ununterbrochen erfüllt werden.
- Ändert sich während der Karenzzeit die Pflegebedürftigkeit und besteht weiterhin eine Pflegebedürftigkeit mit Rentenanspruch, läuft die Karenzzeit ohne Unterbrechung weiter.
- Besteht vor Ablauf der Karenzzeit keine Pflegebedürftigkeit mit Rentenanspruch mehr, beginnt die Karenzzeit bei einem erneuten Eintritt einer versicherten Pflegebedürftigkeit neu zu laufen.
- Ist die Karenzzeit einmal erfüllt, entfällt ein Neubeginn bei veränderter Pflegebedürftigkeit mit Rentenanspruch.
- Wir teilen Schluss-Überschüsse und Bewertungsreserven für einen Rentenbezug bereits zu Beginn der Karenzzeit zu (siehe § 2 der AVB).
- Eine Kündigung Ihrer Versicherung ist während der Karenzzeit nicht möglich.
- Wir nehmen während der Karenzzeit keine dynamische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen vor.

Ergänzende Bedingungen für die garantierte Rentensteigerung im Rentenbezug (EB-IPR-Rentendyn-2017A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben sich in Verbindung mit Ihrer PflegeRente für die garantierte Rentensteigerung als zusätzliche Leistung entschieden. Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EB) für die garantierte Rentensteigerung beschreiben die entsprechenden Regeln. Sie ergänzen die Regeln, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel **"Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?"** auch weiterhin gelten.

Ergänzungen zu...

...§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Was für eine Rente erhalten Sie?

Was bedeutet die garantierte Rentensteigerung?

Ihre Rente erhöht sich zehnmal im Abstand von jeweils zwölf Monaten um einen von Ihnen festgelegten Prozentsatz. Dieser Prozentsatz darf zwischen 1 % und 5 % liegen. Die anfängliche versicherte Rente ist die garantierte Pflegerente für den jeweiligen Pflegegrad zu Beginn des Rentenbezuges ohne Bonus- und Plusrente.

Beispiel: Ihre garantierte Rente zum Rentenbeginn beträgt 100 EUR. Sie haben eine Erhöhung von 2 % vereinbart.

Damit beträgt jede Erhöhung $2\% \times 100 \text{ EUR} = 2 \text{ EUR}$. Sie erhalten also

vom 01. bis zum 12. Monat 100 EUR

vom 13. bis zum 24. Monat $100 \text{ EUR} + 2 \text{ EUR} = 102 \text{ EUR}$

vom 25. bis zum 36. Monat $102 \text{ EUR} + 2 \text{ EUR} = 104 \text{ EUR}$

...

ab dem 121. Monat $118 \text{ EUR} + 2 \text{ EUR} = 120 \text{ EUR}$

(3) Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?

Wird die versicherte Person in einen höheren oder niedrigeren Pflegegrad eingestuft und ergibt sich dadurch eine höhere oder niedrigere garantierte Rente, wird ab diesem Zeitpunkt auch die garantierte Rentensteigerung entsprechend angepasst. Das gilt für bereits erfolgte Steigerungen genauso wie für künftige Steigerungen.

Beispiel: Wir führen das vorherige Beispiel fort. Durch die Einstufung in einen höheren Pflegegrad zum 30. Monat erhöht sich Ihre garantierte Rente auf 150 EUR. Sie haben bis zu diesem Zeitpunkt erhalten:

vom 01. bis zum 12. Monat 100 EUR

vom 13. bis zum 24. Monat $100 \text{ EUR} + 2 \text{ EUR} = 102 \text{ EUR}$

vom 25. bis zum 29. Monat $102 \text{ EUR} + 2 \text{ EUR} = 104 \text{ EUR}$

Die Höhe der erhaltenen Renten ändert sich nachträglich nicht mehr. Die künftigen Rentenzahlungen ermitteln sich auf Grundlagen der neuen garantierten Rente von 150 EUR neu. Jede (auch bereits erfolgte) Erhöhung beträgt nun $2\% \times 150 \text{ EUR} = 3 \text{ EUR}$.

Sie erhalten künftig also

vom 30. bis zum 36. Monat $150 \text{ EUR} + 3 \text{ EUR} + 3 \text{ EUR} = 156 \text{ EUR}$

vom 37. bis zum 48. Monat $156 \text{ EUR} + 3 \text{ EUR} = 159 \text{ EUR}$

...

ab dem 121. Monat $177 \text{ EUR} + 3 \text{ EUR} = 180 \text{ EUR}$

Ergänzende Bedingungen für die Todesfallleistung nach Rentenbeginn, Pflegeorentengarantiezeit (EB-IPR-RGZ-2017A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben sich in Verbindung mit Ihrer PflegeRente für die Todesfallleistung nach Rentenbeginn (Pflegeorentengarantiezeit) entschieden. Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EB) für die Todesfallleistung nach Rentenbeginn (Pflegeorentengarantiezeit) beschreiben die entsprechenden Regeln. Sie ergänzen die Regeln, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel **"Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?"** auch weiterhin gelten.

Ergänzungen zu...

...§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(5) Was erhalten Sie bei Tod der Versicherten Person nach Rentenbeginn?

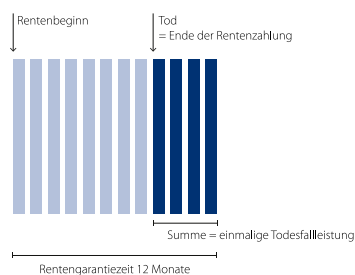
Stirbt die versicherte Person, während sie in einem versicherten Pflegegrad mit Pflegeorentenzahlung pflegebedürftig ist, zahlen wir die vereinbarte garantierte Anzahl von Monatsrenten (Pflegeorentengarantiezeit) als einmalige Todesfallleistung aus.

- Die Höhe der Einmalzahlung als Todesfallleistung ermittelt sich wie folgt: Es ist die Rentenhöhe inklusive Überschussbeteiligung in dem zuletzt von uns anerkannten Pflegegrad maßgeblich.
- Die Anzahl der von uns bereits gezahlten Renten wird von der vereinbarten garantierten Anzahl von Monatsrenten abgezogen.

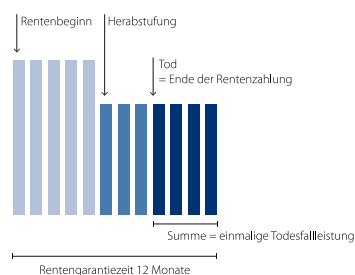
Anschließend stellen wir die Rentenzahlung ein und Ihre PflegeRente erlischt.

In den folgenden Grafiken stellen wir Ihnen einige mögliche Verläufe der Rentengarantiezeit noch mal bildlich dar: Tod innerhalb der Rentengarantiezeit:

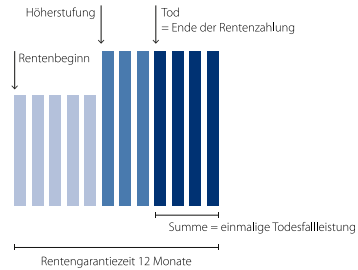
Tod innerhalb der Rentengarantiezeit



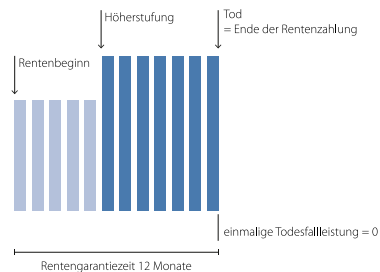
Tod innerhalb der Rentengarantiezeit nach Herabstufung



Tod innerhalb der Rentengarantiezeit nach Höherstufung



Tod nach Ablauf der Rentengarantiezeit



Ergänzende Bedingungen für Sofortleistung (EB-IPR-Sofort-2017A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben sich in Verbindung mit Ihrer PflegeRente für die Sofortleistung als zusätzliche Leistung entschieden. Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EB) für die Sofortleistung beschreiben die entsprechenden Regeln. Sie ergänzen die Regeln, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel **"Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?"** auch weiterhin gelten.

Ergänzungen zu...

...§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(5) Welche weiteren Leistungen erhalten Sie?

Zusätzlich zur Pflegerentenzahlung erhalten Sie einmalig eine Sofortleistung. Die Sofortleistung entspricht dem bei Abschluss Ihrer PflegeRente vereinbarten und im Versicherungsschein genannten Betrag.

Voraussetzung für die Zahlung der Sofortleistung ist, dass ein versicherter Pflegegrad mit Pflegerentenzahlung zu Lebzeiten der versicherten Person festgestellt wird.

Andernfalls erlischt der Anspruch auf die Sofortleistung.

Die Sofortleistung zahlen wir Ihnen direkt nach Anerkennung des Pflegegrades aus. Die Sofortleistung wird nicht fällig, wenn für den festgestellten und bescheinigten Pflegegrad der versicherten Person ausschließlich eine Beitragsbefreiung vereinbart ist.

Ergänzende Bedingungen für Todesfallleistung (EB-IPR-Tod-2017A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben sich in Verbindung mit Ihrer PflegeRente für die Todesfallleistung als zusätzliche Leistung entschieden. Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EB) für die Todesfallleistung beschreiben die entsprechenden Regeln. Sie ergänzen die Regeln, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel **"Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?"** auch weiterhin gelten.

Ergänzungen zu...

...§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(3) Welche Mitwirkungspflichten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?

g) Tod der versicherten Person

Darüber hinaus können wir einen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person vor ihrem Tod nicht pflegebedürftig in einem versicherten Pflegegrad mit Pflegerentenzahlung war.

(6) Was erhalten Sie bei Tod der versicherten Person vor Rentenbeginn?

Stirbt die versicherte Person, ohne dass sie zuvor pflegebedürftig in einem versicherten Pflegegrad mit Pflegerentenzahlung geworden ist, zahlen wir Ihre Beiträge zurück. Dabei gibt es Folgendes zu beachten:

- Die Beiträge sind tatsächlich bei uns eingegangen.
- Die Beiträge waren vor dem Jahrestag der Versicherung fällig, der auf den 85. Geburtstag der versicherten Person folgt. Danach fällige Beiträge zahlen wir nicht zurück.
- Haben Sie eine anteilige Todesfallleistung mit uns vereinbart, zahlen wir den vereinbarten prozentualen Anteil der Beiträge zurück. Ihre PflegeRente erlischt.

...§ 7 Was geschieht, wenn Sie Ihre PflegeRente kündigen?

(2) Was erhalten Sie bei Kündigung?

c) Von dem nach Absatz 2 b ermittelten Wert nehmen wir einen Stornoabzug in Höhe von 10 % vor. Nach der ersten Entnahme erhöht sich der Stornoabzug für eine spätere Kündigung auf 50 %. Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies müssen wir Ihnen im Zweifel nachweisen. Wir halten den Stornoabzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Stornoabzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Stornoabzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

...§ 13 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt beziehungsweise ausgeschlossen?

(4) In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz im Todesfall eingeschränkt beziehungsweise ausgeschlossen?

Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(5) Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes im Todesfall bestehen im Ausland?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit. Es gibt daher keine Einschränkungen des Versicherungsschutzes im Ausland.

(6) Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes im Todesfall bestehen bei vorsätzlicher Selbsttötung?

- a) Stirbt die versicherte Person durch vorsätzliche Selbsttötung nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss der Todesfallleistung zu Ihrer PflegeRente, zahlen wir die vereinbarte Todesfallleistung.
- b) Stirbt die versicherte Person durch vorsätzliche Selbsttötung innerhalb von drei Jahren seit Abschluss der Todesfallleistung zu Ihrer PflegeRente, zahlen wir Ihre versicherte Leistung 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 den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist.

(7) Bei welchen Ereignissen leisten wir im Todesfall nicht?

In folgenden Fällen besteht kein Versicherungsschutz: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Der Einsatz beziehungsweise das Freisetzen muss dabei darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. In diesen Fällen endet Ihre PflegeRente und wir erstatten den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Erklärungen der Versicherer, die gemeinsame Versicherung betreffend

1. Versicherer sind die in den Verbraucherinformationen bezeichneten Gesellschaften.

- IDEAL Lebensversicherung a.G. und
- Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG

Vertragsführende Gesellschaft und **Ihr Ansprechpartner** ist die **IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin**.

2. IDEAL Lebensversicherung a.G. betreffende Aussagen und Regelungen in den Bedingungen finden entsprechend Anwendung auf Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG.

Die jeweils deklarierte Überschussbeteiligung veröffentlichen die beteiligten Unternehmen in den Geschäftsberichten. Der sich ergebende gemeinsame Gesamtzins-Überschussanteilsatz wird Ihnen in der jährlichen Mitteilung zur Überschussbeteiligung mitgeteilt.

3. Die IDEAL Lebensversicherung a.G. ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen für Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG entgegenzunehmen. Des Weiteren ist die IDEAL Lebensversicherung a.G. bevollmächtigt, alle Geschäfte und Rechtshandlungen vorzunehmen, welche die Abwicklung des Vertragsverhältnisses mit sich bringen. Die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG erkennt alle Maßnahmen und Vereinbarungen, welche die führende Gesellschaft trifft, als für sich verbindlich an und verzichtet ausdrücklich auf jeglichen Einspruch gegen diese.

4. Die IDEAL Lebensversicherung a.G. ist von der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG bevollmächtigt, alle Rechtsstreitigkeiten auch bezüglich ihrer Anteile als Kläger oder Beklagte zu führen. Ein gegen oder von der IDEAL Lebensversicherung a.G. erstrittenes Urteil wird deshalb von Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG als für sich verbindlich anerkannt.

Steuerinformationen

PflegeRente

Einkommensteuer

Die **Beiträge** können bei einer Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden, soweit der Höchstbetrag nicht bereits durch Beiträge der Basisversorgung zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ausgeschöpft ist.

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

Meldungen an das Finanzamt erfolgen u. a. bei

- Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer
- Versicherungsnehmerwechsel

Änderungen des Steuerrechts

Die allgemeinen Steuerhinweise gelten für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 01/2017).

Die oben aufgeführten Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei der Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden (§ 3 StBerG).

Lexikon

Stand: 10.2017

Dieses Lexikon soll Ihnen helfen, die Inhalte der Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen besser zu verstehen. Daher erläutern wir Ihnen hier Begriffe, die Sie vielleicht nicht kennen, auf die wir aber nicht verzichten können. Dabei ist es möglich, dass Sie hier Texte finden, die genauso auch in den Bedingungen stehen. Warum? Weil einige Begriffe bereits in den Versicherungsbedingungen ausführlich erläutert werden. Diese Begriffe finden Sie jedoch an anderer Stelle, zum Beispiel im Produktinformationsblatt, ohne Erläuterungen vor. Da dieses Lexikon Sie auch in diesen Fällen unterstützen soll, haben wir die Erläuterung aus den Bedingungen übernommen.

Ebenso ist es möglich, dass die Beschreibung im Lexikon nicht vollumfänglich, sondern vereinfacht ist. Damit möchten wir die Verständlichkeit erhöhen. Im Zweifel gelten daher immer die Regeln der Versicherungsbedingungen.

Wenn Sie im Lexikon die Erläuterung zu einem Begriff nicht finden, sprechen Sie uns bitte an.

Ablöse-Option

Sie können ab dem 13. Monat der Laufzeit Ihrer PflegeRente Ihre zukünftigen Beiträge durch Zahlung eines einmaligen Beitrags ablösen. Die Höhe Ihres Ablösebeitrags ist abhängig vom Ablösungstermin und von den geplanten zukünftigen Einzahlungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die PflegeRente beschreiben die Regeln, die für diese Versicherung und für unser Vertragsverhältnis gelten.

Arglist, arglistig

Bei Arglist handelt es sich um einen Rechtsbegriff. Die Folgen von Arglist sind in § 123 BGB geregelt. Arglistig handelt jemand, der einen Sachverhalt nicht korrekt wiedergibt, um jemand anderes dazu zu bewegen, zum Beispiel einen Vertrag zu schließen, den er nicht geschlossen hätte, wenn er die Wahrheit gekannt hätte. Dabei wird nicht unterschieden, ob derjenige, der arglistig handelt, bewusst eine falsche Aussage trifft oder es nur für möglich hält, dass seine Aussage nicht zutreffen könnte.

Beispiel:

Bei Beantragung von Versicherungen kommt es immer wieder vor, dass die Erkrankung einer versicherten Person verschwiegen wird, um Versicherungsschutz für den sehr wahrscheinlichen Pflegefall zu erhalten. Hätte der Versicherer von der Erkrankung der versicherten Person gewusst, hätte er die Pflegeversicherung nicht abgeschlossen. Denn die Kalkulation des Versicherers geht nur auf, wenn der Eintritt eines Versicherungsfalls ungewiss ist. Nur so funktioniert das Versicherungsprinzip. Der Versicherer sagt allen Versicherten eine Leistung für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu. Ein Teil der Versicherten wird dann tatsächlich pflegebedürftig, ein anderer Teil nicht. Wird ein Versicherter niemals pflegebedürftig, finanzieren seine Beiträge die Pflegerenten der anderen Versicherten mit. Letztendlich schadet der Antragsteller mit seiner Arglist allen anderen Versicherten, da er aus dem gemeinschaftlich angesammelten Kapital eine nicht gerechtfertigte Leistung erhält. Um die Interessen aller Versicherten zu wahren, müssen wir diesen Sachverhalt in unseren Versicherungsbedingungen regeln.

Ausschleideordnung

Es gibt Statistiken darüber, wie lange Menschen eines jeden Geburtenjahrgangs in Deutschland durchschnittlich leben, wie wahrscheinlich es ist, dass sie ein bestimmtes Alter erreichen, und wie lange sie dann noch leben. Ebenso gibt es Statistiken darüber, wie wahrscheinlich Erkrankungen sind, wie oft Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit eintreten und wie lange sie andauern. Diese Statistiken nennt man Sterbetafeln, Rententafeln, Invalidisierungstafeln, Pflege tafeln oder zusammengefasst: **Ausschleideordnungen.**

Sie beantworten uns Fragen wie:

- **Wie wahrscheinlich ist es, dass eine versicherte Leistung auch tatsächlich gezahlt werden muss?**

Hierzu ein vereinfachtes Beispiel einer Todesfallversicherung:

Wir vereinbaren mit 1.000 Personen, die alle im gleichen Jahr geboren sind, dass ihre Hinterbliebenen 100.000 EUR erhalten, wenn sie innerhalb der nächsten zehn Jahre sterben. Statistisch gesehen stirbt eine dieser 1.000 Personen in diesem Zeitraum. Ohne Berücksichtigung anderer Einflüsse benötigen wir somit $100.000 \times 1: 1.000 = 100$ EUR Beitrag von jeder dieser Personen.

- **Wie lange muss eine versicherte Rente voraussichtlich gezahlt werden?**

Hierzu ein weiteres vereinfachtes Beispiel einer Rentenversicherung: Wir sagen zwei Personen, die beide 65 Jahre alt sind, dass wir ihnen 100 EUR monatliche Rente zahlen, solange sie leben. Die erste Person stirbt mit 85 Jahren, also nach 20 Jahren. Die zweite Person stirbt mit 95 Jahren, also nach 30 Jahren. Im Durchschnitt haben beide folglich noch (20 Jahre + 30 Jahre): $2 = 25$ Jahre gelebt. Ohne Berücksichtigung anderer Einflüsse wie Zins und Kosten benötigen wir somit $100 \times 12 \times 25 = 30.000$ EUR Beitrag von jeder der beiden Personen.

Beitragsbefreiung (Befreiung von Ihrer Beitragszahlung)

Hierbei handelt es sich um eine versicherte Leistung: Wenn Sie eine Rente aus Ihrer PflegeRente erhalten, müssen Sie für die Dauer der Rentenzahlung keine Beiträge zahlen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Befreiung von Ihrer Beitragszahlung, Beitragsbefreiung

Möchten Sie geplante Beiträge nicht zahlen, haben Sie verschiedene Möglichkeiten. Eine davon ist die Beitragsfreistellung. Bei einer Beitragsfreistellung stellen Sie Ihre Beitragszahlung für einen unbestimmten Zeitraum ein. Wie das genau funktioniert, haben wir in den Versicherungsbedingungen unter § 4 Absatz 5 b beschrieben.

Berechtigter Dritter

Bei dem berechtigten Dritten handelt es sich um einen Rechtsbegriff. Er umschreibt Personen, die die Erlaubnis haben, im Namen einer anderen Person zu handeln oder ein Recht selbstständig wahrzunehmen. Diese Erlaubnis kann von der zu vertretenden Person selbst oder zum Beispiel von einem Gericht erteilt werden. Die Erlaubnis kann nur einen bestimmten Sachverhalt umfassen, oder vollumfänglich sein.

Typische Berechtigungen sind zum Beispiel:

- *Betreuungsverfügung*
- *Vorsorgevollmachtigung*
- *Vormundschaft*
- *Bestimmung zum Insolvenzverwalter*
- *Bevollmächtigung, wie bei einem von der betreffenden Person beauftragten*
 - *Anwalt*
 - *Versicherungsmakler*
- *Bezugsberechtigung*

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Anlagen, in die wir das Geld aus den Versicherungsverträgen investieren, über dem Wert liegt, der im Geschäftsbericht ausgewiesen ist. Vereinfacht ausgedrückt: Der aktuelle Preis der Anlagen ist höher als der Kaufpreis. Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verurachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir monatlich neu.

Bezugsrecht

Sie können festlegen, dass bestimmte Leistungen an jemand anderen als Sie ausgezahlt werden. Sie berechtigen damit eine oder auch mehrere Personen, Leistungen aus Ihrer PflegeRente zu beziehen. Solch eine Bezugsberechtigung kann unter bestimmten Voraussetzungen sinnvoll sein.

Beispiel: Sie sind sowohl Versicherungsnehmer als auch versicherte Person. Die Pflegerente soll Ihren Pflegeplatz finanzieren. Wenn Sie versterben, soll Ihr Ehepartner abgesichert sein. Sie erteilen daher folgendes Bezugsrecht:

- Für den Pflegefall: Ich selbst bin bezugsberechtigt.

- Für die Leistung bei Tod: Mein Ehepartner (Nachname, Vorname, Geburtsdatum) ist bezugsberechtigt.
- Dabei gibt es zwei Arten von Bezugsrecht:
- Das widerrufliche Bezugsrecht können Sie jederzeit ändern.
 - Das unwiderrufliche Bezugsrecht kann nur geändert werden, wenn die einmal als bezugsberechtigt benannte Person der Änderung zustimmt.

In Ihren Vertragsunterlagen ist eine Übersicht über die von Ihnen erteilten Bezugsberechtigungen enthalten.

Bonusrente

Die Bonusrente ist eine Form, in der wir Sie an den Überschüssen beteiligen.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - kurz BaFin - vereinigt die Aufsicht über Banken und Finanzdienstleister, Versicherer und den Wertpapierhandel unter einem Dach. Sie ist eine selbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts und unterliegt der Rechts- und Fachaufsicht des Bundesministeriums der Finanzen. Sie finanziert sich aus Gebühren und Umlagen der beaufsichtigten Institute und Unternehmen.

Neben der Beaufsichtigung besteht eine weitere Aufgabe der BaFin darin, Kundenbeschwerden zu bearbeiten. Hier erfahren Sie mehr über die BaFin: www.bafin.de. Anschrift: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Deckungskapital

Deckungskapital nennt man den für den Einzelvertrag berechneten Teil der Deckungsrückstellung des Bestandes.

Deckungsrückstellung

Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 Abs. 3 VAG und § 341e und § 341 f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.

Dynamik

Unter Dynamik wird die vertraglich vereinbarte Erhöhung der Beiträge und Leistungen eines Versicherungsvertrages verstanden. Die Dynamisierung erfolgt auf Grundlage

- der Beiträge (Beitragsdynamik): Die Dynamikerhöhungen berechnen sich als Prozentsatz des Beitrags zum Versicherungsbeginn, oder
- der Leistungen (Leistungsdynamik): Die Dynamikerhöhungen berechnen sich als Prozentsatz der garantierten Rente zum Versicherungsbeginn.

Haben Sie bei Abschluss Ihres Vertrages eine Dynamisierung der Beiträge und Leistungen vereinbart, erhöhen wir vor Rentenbeginn Ihre versicherte Rente. Dabei haben Sie Wahl zwischen folgenden Berechnungssystemen:

- System A: In diesem Fall steigt Ihre versicherte Rente alle drei Versicherungsjahre jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um 10 % der anfänglichen Rente, erstmals zu Beginn des vierten Versicherungsjahres.
- System B: Ihre versicherte Rente steigt jedes Versicherungsjahr jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um den vereinbarten Prozentsatz (1 %, 2 %, 3 %, 4 % oder 5 %) der anfänglichen Rente, erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Einlösungsbeitrag

So nennen wir Ihren ersten Beitrag, den Sie für eine Absicherung innerhalb Ihrer PflegeRente zahlen. Haben Sie geplant, zum ersten Termin mehrere Beiträge zu zahlen, besteht Ihr Einlösungsbeitrag aus der Summe dieser Beiträge.

Beispiel: Sie wollen monatlich 50 EUR zahlen. Zusätzlich möchten Sie einen einmaligen Beitrag zu Beginn Ihrer Versicherung von 5.000 EUR zahlen. Ihr Einlösungsbeitrag beläuft sich dann auf 5.050 EUR.

Sie müssen diesen Einlösungsbeitrag spätestens zu dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn zahlen.

Einzahlungen

Beiträge und Einzahlungen sind als Synonym zu verstehen.

Ergänzende Bedingungen

Für einige frei wählbare Bausteine gibt es Ergänzende Bedingungen. Sie enthalten einige spezielle Regeln, die die Regeln der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ergänzen oder ersetzen. Ob und welche Ergänzenden Bedingungen für Ihren Vertrag gelten, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Folgebeitrag

Folgebeitrag wird jeder Beitrag genannt, der nach Ihrem Einlösungsbeitrag fällig ist. Sie müssen diese Folgebeiträge spätestens zu den mit Ihnen vereinbarten Terminen zahlen.

Garantiezins

Wir garantieren Ihnen, dass wir Ihrer PflegeRente mindestens den Garantiezins gutschreiben. Dieser wird bei der Kalkulation der garantierten Leistungen bereits mit berücksichtigt. Die Höhe des Garantiezinses können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Gesamtverzinsung

Die Gesamtverzinsung setzt sich zusammen aus dem Garantiezins und der Überschussbeteiligung.

gestundet, Stundung, gestundeter Beitrag

Wenn wir Ihnen Beiträge stunden, bedeutet das, dass Sie diese nicht zum vereinbarten Zeitpunkt zahlen müssen. Stattdessen treffen wir eine Vereinbarung darüber, wann die so entstehenden Rückstände beglichen werden müssen.

Grundlagen

Die einzelnen Werte von Versicherungen – wie Beiträge, Rentenfaktoren oder Leistungen – werden anhand von mathematischen Grundlagen unabhängig vom Geschlecht berechnet. Die verwendeten Grundlagen haben wir der BaFin mitgeteilt. Diese Grundlagen sind:

- Ausscheideordnungen
- Garantiezins
- Überschüsse
- Kosten

Grundlagen und Rechnungsgrundlagen sind als Synonym zu verstehen.

Höchstzillmersatz

Unter Zillmerung versteht man die Verteilung der Abschlusskosten eines Versicherungsvertrages auf dessen Gesamtlaufzeit. Der anrechenbare Teil der Abschlusskosten wird dabei begrenzt durch den sogenannten Höchstzillmersatz. Dieser ist in § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) geregelt und beträgt derzeit 25 Promille der Summe aller Prämien eines Versicherungsvertrages.

Juristische Person

Bei der Juristischen Person handelt es sich um einen Rechtsbegriff, der umschreibt, welche Handlungen bestimmte Personen ausüben dürfen. Die Juristische Person ist in Abgrenzung zur Natürlichen Person zu sehen. Beide können Rechtsgeschäfte eingehen, also zum Beispiel Versicherungsverträge abschließen. Die Natürliche Person ist ein Mensch. Die Juristische Person wird zwar durch Menschen vertreten, ist aber eine Organisation. Beispiele für eine Juristische Person sind Vereine, Genossenschaften, Kommanditgesellschaften, Aktiengesellschaften oder Stiftungen.

kaufmännisch, kaufmännische Rundung

Wir runden Geldbeträge auf zwei Nachkommastellen. Ist die dritte Stelle hinter dem Komma kleiner fünf, runden wir ab. Ist die dritte Nachkommastelle größer vier, runden wir auf.

Kosten

Ein Versicherer – und so auch die IDEAL Lebensversicherung a.G. – hat Ausgaben. Wir bezahlen zum Beispiel unsere Mitarbeiter oder unsere Vertriebspartner für ihre Arbeit. Darüber hinaus entstehen Ausgaben zum Beispiel für die Einhaltung rechtlicher und gesetzlicher Anforderungen oder für die Einrichtung und den Unterhalt von zeitgemäßen technischen Hilfen wie Bestandsführungssystemen oder PCs für die Mitarbeiter.

Diese Ausgaben geben wir in Form von Kosten an unsere Versicherungsnehmer weiter, indem wir sie in die Versicherungen

einkalkulieren. Eine umfassende Erläuterung, wie wir dabei vorgehen, finden Sie in § 10 der Versicherungsbedingungen. Die Höhe dieser Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt und Ihrer jährlichen Wertmitteilung entnehmen.

Mitwirkungspflichten

Siehe Obliegenheiten.

Nachversicherungsgarantie

Ihre PflegeRente enthält Nachversicherungsgarantien. Sie beschreiben die Möglichkeit, wie Sie Ihren Versicherungsschutz während der Laufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen können. Diese Nachversicherungsgarantien sind in der Regel in § 15 der jeweiligen Ergänzenden Bedingungen geregelt.

Neugeschäft

Unter Neugeschäft verstehen wir die Verträge oder Risikoabsicherungen, die zu einem genannten Zeitpunkt neu bei uns abgeschlossen werden können. Demgegenüber steht das Bestandsgeschäft, also in der Vergangenheit abgeschlossene Verträge oder Risikoabsicherungen, die noch nicht beendet sind. Beispiel: Heute können Sie die PflegeRente abschließen. Es kann sein, dass wir die PflegeRente in fünf Jahren nicht mehr anbieten, weil wir stattdessen ein anderes Produkt, vielleicht MultiPflegeRente, entwickelt haben. Dann könnten Sie die PflegeRente nicht mehr bekommen, weil sie für das Neugeschäft nicht mehr zur Verfügung steht. Stattdessen könnten Sie die MultiPflegeRente bekommen, da diese nun zur Verfügung steht. Eine bereits laufende PflegeRente kann natürlich weitergeführt werden, da sie kein Neugeschäft, sondern Bestandsgeschäft ist.

Obliegenheiten

Bei der Obliegenheit handelt es sich um einen Rechtsbegriff. Hat jemand eine Obliegenheit zu erfüllen, muss er eine Pflicht wahrnehmen. Kommt er dieser nicht nach, kann er seine Rechte verlieren.

Solche Obliegenheiten gibt es auch bei Versicherungsverträgen, zum Beispiel in Form von Mitwirkungspflichten: Beziehen Sie eine Rente, müssen Sie auf Anforderung nachweisen, dass die versicherte Person noch lebt. Kommen Sie dieser Obliegenheit (Vertragspflicht) nicht nach, könnte der Verdacht naheliegen, dass die versicherte Person nicht mehr lebt und eine weitere Rentenzahlung nicht gerechtfertigt ist. Eine Konsequenz daraus könnte sein, dass der Anspruch auf die Rentenzahlung verloren geht und die Rentenzahlung eingestellt wird.

Welche Obliegenheiten es bei Versicherungen gibt, ist gesetzlich bzw. vertraglich geregelt – genauso wie die Folgen bei Verletzung einer Obliegenheit. § 5 der jeweiligen Versicherungsbedingungen können Sie entnehmen, welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten, Mitteilungspflichten) Sie speziell bei Ihrer PflegeRente beachten müssen.

Ombudsmann

Der Versicherungsombudsmann ist eine unabhängige und für den Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle zwischen Versicherungsunternehmen und Kunden: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel. (0800) 3696000, Fax (0800) 3699000

Pflegebedürftigkeit, Pflegegrad

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die versicherte Person kann körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht mehr selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Plusrente

Die Plusrente ist eine Form, in der wir Sie an den Überschüssen beteiligen. Sie gilt für einige Risikoabsicherungen.

Punktzahl (im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit)

Siehe SGB XI (Sozialgesetzbuch XI), Anlage 1

Rechnungsgrundlagen

Grundlagen und Rechnungsgrundlagen sind als Synonym zu verstehen.

Risikobeitrag

Man könnte meinen, der Risikobeitrag ist der Beitrag, den Sie für Ihre PflegeRente zahlen. Das stimmt aber nicht ganz. Denn der Beitrag, den Sie für eine PflegeRente zahlen, beinhaltet auch noch die Kosten, die uns entstehen.

Außerdem ist der Risikobeitrag zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich hoch. Das liegt im Wesentlichen an zwei Einflüssen: Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein Risiko eintritt, hängt vom Alter der versicherten Person ab. Beispiel: bei einem 29-Jährigen ist das Risiko, pflegebedürftig zu werden, geringer als bei einem 85-Jährigen.

Bei Rentenleistungen kommt hinzu, dass sich der Beitrag danach richtet, wie lange eine Rente voraussichtlich zu zahlen ist. Auch hier gilt: Wird ein 29-Jähriger Pflegefall, ist die statistische Dauer der Pflegebedürftigkeit, und somit der Rentenzahlung, eine andere als bei einem 85-Jährigen.

Um einen gleichbleibenden Beitrag ermöglichen zu können, ist im Beitrag ein Durchschnittswert berücksichtigt. Ihr Beitrag wird Ihrem Vertrag gutgeschrieben, Kosten und Risikobeitrag werden abgezogen. Ist der tatsächliche Risikobeitrag kleiner als der Durchschnittswert, steigt das Deckungskapital Ihres Vertrags. Ist der tatsächliche Risikobeitrag größer, sinkt das Deckungskapital Ihres Vertrags. Den Risikobeitrag und die Entwicklung Ihres Deckungskapitals können Sie Ihrer jährlichen Wertmitteilung entnehmen.

Risikoprüfung

Es gibt zwei Arten von Risikoprüfungen: die finanzielle Risikoprüfung und die Gesundheitsprüfung.

Eine gute finanzielle Ausstattung unserer Kunden lässt auf verwaltungssärmere Prozesse hoffen, da zum Beispiel weniger oft die Zahlung der Beiträge angemahnt werden muss. Außerdem bestimmen die finanziellen Verhältnisse in der Regel die Höhe der gewählten Absicherungen.

Eine Gesundheitsprüfung nehmen wir bei der PflegeRente ebenfalls vor. Wie wir beschrieben haben, berechnen wir unsere Leistungen unter anderem auf Grundlage von Statistiken. Diese Statistiken geben zum Beispiel Auskunft darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit Personen eines bestimmten Alters krank werden. Ist die versicherte Person jedoch derart erkrankt, dass eine Pflegebedürftigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit kurz bevorsteht, geht die Kalkulation des Versicherers nicht mehr auf. Daher müssen wir mithilfe einer Gesundheitsprüfung sicherstellen, dass der Versicherungsfall des Einzelnen ungewiss ist. Nur so funktioniert das Versicherungsprinzip. Der Versicherer sagt allen Versicherten eine Leistung für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu. Ein Teil der Versicherten wird dann tatsächlich pflegebedürftig, ein anderer Teil nicht. Wird ein Versicherter niemals Pflegefall, finanzieren seine Beiträge die Pflegerenten der anderen Versicherten mit.

Bei der Gesundheitsprüfung sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Im Rahmen der Antragstellung/Vertragsänderung müssen Sie dazu Gesundheitsfragen beantworten. Dabei müssen Sie die Vorvertragliche Anzeigepflicht beachten.

Rückkaufswert

Wird die Versicherung durch Sie vorzeitig beendet, so spricht man dann von Rückkauf, falls dies vertraglich oder gesetzlich festgelegt ist. Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Kündigungstermin berechnete Deckungskapital des Vertrages. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze.

Selbstständig (im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit)

- Die Person kann die Aktivität in der Regel selbstständig durchführen.
- Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich.
- Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt.
- Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

Demgegenüber steht Unselbstständig:

- Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen.
- Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden.
- Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus.
- Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

SEPA-Lastschrift

Das SEPA-Mandat hat 2014 die bisher bekannte Lastschrift abgelöst. SEPA wurde eingeführt, um einen europäischen Standard zu schaffen und somit Überweisungen ins Ausland zu vereinfachen.

Bei einer SEPA-Lastschrift geben Sie den Betrag, den Empfänger, Ihre Versicherungsnummer als Verwendungszweck und Ihre IBAN an. Ihre IBAN enthält die früher getrennten Informationen Ihrer Kontonummer und Ihrer Bankleitzahl. Die BIC müssen Sie nicht angeben, sie ist nur für Überweisungen ins Ausland notwendig.

Ungültig werden kann ein SEPA-Mandat zum Beispiel in folgenden Fällen:

- Sie widerrufen das Mandat.
- Sie ändern Details der Beitragszahlung.
- Jemand anderes soll die Beiträge zahlen.
- Sie ändern Ihre Bankverbindung.
- Ihre Bank zieht das Mandat zurück.

In diesen Fällen ist ein neues SEPA-Mandat ratsam.

SGB XI (Sozialgesetzbuch XI)

Im SGB XI sind die Kriterien geregelt, nach denen die Bewertung einer Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgen.

Dabei ist der Stand vom 01.01.2017 maßgebend.

Gesetzesänderungen nach diesem Termin führen zu keiner Änderung der Leistungsvoraussetzungen in der Pflegerente aus der Pflegefallabsicherung.

Es folgen Gesetzesauszüge zu den Paragrafen, auf die wir uns in unseren Versicherungsbedingungen berufen:

§ 14 SGB

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

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

1. **Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. **kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen;
4. **Selbstversorgung:** Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und

Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Besonderheiten bei Sondenernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:**
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 SGB

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

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

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

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

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

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

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 zu § 15: Einzelpunkte der Module 1 bis 6: Bildung der Summen der Einzelpunkte in jedem Modul
Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

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

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

selbstständig	0 Punkte
überwiegend selbstständig	1 Punkt
überwiegend unselbstständig	2 Punkte
unselbstständig	3 Punkte

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

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

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

Die Fähigkeit ist

vorhanden/unbeeinträchtigt	0 Punkte
größtenteils vorhanden	1 Punkt
in geringem Maße vorhanden	2 Punkte
nicht vorhanden	3 Punkte

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ziffer	Kriterien	nie oder selten	selten	häufig	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

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

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

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich Selbstversorgung

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

Das Modul umfasst zwölf Kriterien:

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

selbstständig	0 Punkte
überwiegend selbstständig	1 Punkt
überwiegend unselbstständig	3 Punkte
unselbstständig	5 Punkte

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

selbstständig	0 Punkte
überwiegend selbstständig	3 Punkte
überwiegend unselbstständig	6 Punkte
unselbstständig	9 Punkte

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

selbstständig	0 Punkte
überwiegend selbstständig	2 Punkte
überwiegend unselbstständig	4 Punkte
unselbstständig	6 Punkte

Die Punkte der Kriterien 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnungen nur ein, wenn überwiegend inkontinent oder komplett inkontinent angegeben ist oder eine künstliche Ableitung von Stuhl bzw. Harn erfolgt.

Besonderheiten bei Kindern

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien 4.1 bis 4.12 durch das Kriterium 4.K ersetzt:

4.K Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen?	20 Punkte
---	-----------

Besonderheiten bei Sondenernährung

Bei Sondenernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der Sondenernährung an der Nahrungsaufnahme in den folgenden Kategorien:

nur gelegentlich bzw. nicht täglich Zufuhr von Sondennahrung:	0 Punkte
ein- bis dreimal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	5 Punkte
mindestens viermal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	9 Punkte
ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung:	12 Punkte

Sind bei der Sondenernährung keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Besonderheiten bei parenteraler Ernährung

Bei parenteraler Ernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der parenteralen Ernährung an der Nahrungsaufnahme:

teilweise:	5 Punkte
vollständig:	12 Punkte

Sind bei der parenteralen Ernährung keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl): täglich	wöchentlich	monatlich
	in Bezug auf				
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.1 bis 5.7					
		entfällt oder seltener als einmal täglich	ein- bis dreimal täglich	vier- bis achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
	Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl): täglich	wöchentlich	monatlich
	in Bezug auf				
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmitteln	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.8 bis 5.11					
		entfällt oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
	Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
	in Bezug auf				
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2
5.13	Arztbesuche	0		4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0		4,3	1

5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0		8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0		4,3	1

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

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

Erläuterungen zur Modulbewertung im Modul 5

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.K wird zunächst die Häufigkeit ermittelt, mit der die betreffenden Maßnahmen durchgeführt werden (Maßnahmen/Kriterien pro Monat). Berücksichtigt werden nur die Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der Maßnahmen wird summiert (z. B. dreimal Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen pro Tag entspricht vier Maßnahmen pro Tag oder 120 Maßnahmen monatlich). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert (z. B. pro Tag, pro Woche, pro Monat). Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien 5.1 bis 5.7:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:

seltener als einmal täglich:	0 Punkte
ein- bis dreimal täglich:	1 Punkt
vier- bis achtmal täglich:	2 Punkte
mehr als achtmal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.8 bis 5.11:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:

seltener als einmal pro Woche:	0 Punkte
ein- oder mehrmals wöchentlich:	1 Punkt
ein- bis zweimal täglich:	2 Punkte
mindestens dreimal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.12 bis 5.15 und 5.K:

Betrachtet wird hier ein Zeitraum von einem Monat. Eine Maßnahme innerhalb dieses Zeitraums wird mit einem Punkt gewertet. Findet eine Maßnahme regelmäßig wöchentlich statt, wird sie entsprechend mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um besonders zeitaufwändige Besuche bei Ärzten oder Einrichtungen oder um zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, werden sie doppelt gewertet (8,6 bzw. 2).

Die Werte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert.

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

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

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

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

selbstständig	0 Punkte
überwiegend selbstständig	1 Punkt
überwiegend unselbstständig	2 Punkte
unselbstständig	3 Punkte

Anlage 2 (zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte) Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Punkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 23	Summe der Punkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Punkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40 %	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 60	Summe der Punkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20 %	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Punkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5

6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakt	15 %	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Punkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,256	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außer- häusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						

Steuerfrei

Der Begriff steuerfrei bezieht sich auf die Einkommensteuer zuzüglich Solidaritätszuschlag und wird zum leichteren Verständnis sowohl für Sachverhalte genutzt, die nach dem Einkommensteuergesetz nicht steuerbar sind, als auch für Sachverhalte, die zwar steuerbar, aber steuerbefreit nach dem Einkommensteuergesetz sind.

Steuerinformationsblatt

Im Steuerinformationsblatt finden Sie Hinweise darauf, wie Ihre PflegeRente und deren Leistungen steuerlich behandelt werden.

Stornoabzug, Erläuterungen

Die Kalkulation der Pflegerentenversicherung beruht darauf, dass das individuelle Risiko der versicherten Person durch die Bildung einer großen Risikogemeinschaft (Versichertenbestand) getragen wird. Diese Risikogemeinschaft ist eine Mischung aus einzelnen Versicherungsverträgen mit höheren, durchschnittlichen und niedrigeren individuellen Risiken. Der Versicherer steuert über die Risikoprüfung zu Beginn des Vertrags (z. B. mit Gesundheitsfragen) die Verteilung der Risiken. Die Pflegerentenversicherung ist ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem die garantierte Pflegerente für den Versicherungsfall dauerhaft zugesagt ist. Die Beiträge und Leistungen sind unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird.

Eine Antiselektion (negative Risikoauslese) kommt zustande, wenn ein Versicherungsnehmer seinen Versicherungsvertrag aufgrund einer subjektiven Einschätzung der aktuellen Risikosituation (z. B. Gesundheitszustand) und des künftigen Risikoverlaufs für die versicherte Person (z. B. zukünftige Lebenserwartung) vorzeitig kündigt und die Versichertengemeinschaft verlässt. Dabei werden häufiger die Verträge gekündigt, bei denen der Versicherungsnehmer davon ausgeht, dass im weiteren Vertragsverlauf die Versicherungsleistung eher nicht in Anspruch genommen wird. Insbesondere bei Lebensversicherungen, bei denen der Eintritt eines Leistungsfalls nicht sicher ist (z. B. Pflegerentenversicherungen oder zeitlich begrenzte Todesfallversicherungen), hat diese subjektive Entscheidung zur Kündigung eines Vertrags Auswirkungen auf die Zusammensetzung des verbleibenden Versicherungsbestands. Mit der Kündigung wird das individuell gebildete Deckungskapital des Vertrags aufgelöst. Die Summe aller individuellen Deckungskapitale bildet zusammen mit allen Beitragszahlungen die kalkulatorische Basis für die kollektive Risikotragung in der Versichertengemeinschaft, um die zugesagten Versicherungsleistungen zu garantieren. Entnommene individuelle Deckungskapitale verändern die Kalkulationsbasis.

Hinsichtlich der Antiselektion sind die verschiedenen Interessenlagen von Risikogemeinschaft, Versicherer und dem Versicherungsnehmer, der seinen Vertrag kündigt, in besonderem Maße zu berücksichtigen. Die Belange der Versichertengemeinschaft müssen jederzeit zum Erhalt der Risikotragfähigkeit gewahrt bleiben. Mit dem Kündigungsrecht nach § 169 VVG wurde dem Versicherungsnehmer ein Gestaltungsrecht für seinen Vertrag eingeräumt, diesen zu jeder Zeit unter Einbeziehung der aktuellen persönlichen Verhältnisse des

Versicherungsnehmers und der versicherten Person zu beenden. Dieses geschieht aus subjektiver Abwägung und möglicher persönlicher Vorteilsnahme gegenüber der Versichertengemeinschaft einseitig durch den kündigenden Versicherungsnehmer.

Der verbleibende Versichertenbestand wird über diese negative Risikoauslese belastet. Zum Schutz der verbleibenden Versichertengemeinschaft wird daher ein kalkulatorischer Ausgleich vorgenommen und vom Vertrag des kündigenden Versicherungsnehmers ein Stornoabzug einbehalten.

Mit dem Versicherungsvertrag für die Pflegerente werden dem Versicherungsnehmer die zugesagten Versicherungsleistungen garantiert. Darüber hinaus werden Optionen, wie z. B. die Kündigungsmöglichkeit, garantiert. Für diese Garantien muss der Versicherer entsprechendes Risikokapital (Solvenzkapital) aufbauen. Ein Teil davon wird durch die Versichertengemeinschaft kollektiv bereitgestellt. Jeder Versicherungsvertrag trägt einen Anteil in der Risikogemeinschaft dazu bei. Bei Abschluss des Versicherungsvertrags partizipiert der Versicherungsnehmer an den bereits vorhandenen Solvenzmitteln der Risikogemeinschaft. Mit dem Laufe des Vertrags muss dieser selbst entsprechende Mittel zur Verfügung stellen. Diese gehen bei einer Vertragskündigung der verbleibenden Versichertengemeinschaft verloren und müssen deshalb durch einen Stornoabzug ausgeglichen werden. Die Solvenzmittel werden intern gebildet, da die alternative Finanzierung über externes Kapital für die Versichertengemeinschaft unwirtschaftlich ist.

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

Treuhänder

Der Treuhänder ist ein Sachverständiger, der sich in der Kalkulation von Versicherungen auskennt. Er prüft und genehmigt nicht zu vermeidende Beitragsanpassungen. Durch seine Unabhängigkeit wird sichergestellt, dass er ein Urteil im Sinne der Versichertengemeinschaft fällt. Diese Unabhängigkeit wird in § 203 VVG bzw. § 142 VAG geregelt. Dort heißt es sinngemäß, dass der Treuhänder außer dieser Tätigkeit in keinerlei Beziehung zu dem Versicherer stehen darf. Selbst der Anschein, dass eine Beziehung bestehen könnte, ist zu vermeiden. Die Bestellung zum Treuhänder wird von der BaFin geprüft.

Überschüsse

Es gibt drei wesentliche Quellen von Überschüssen. Sie hängen direkt mit den Grundlagen zusammen:

- Verzinsung: Wir legen das Geld unserer Versicherungsnehmer, das wir in den Versicherungsverträgen verwalten, an. Die Erträge hieraus schreiben wir unseren Versicherungsnehmern gemäß gesetzlicher Vorschrift zu mindestens 90 % gut.
- Kalkulation Ihrer Leistungen: Wir beschreiben, dass wir gewisse Annahmen treffen müssen, ob und wie lange wir die versicherten Leistungen zahlen müssen (siehe § 8). Stellt sich heraus, dass wir

weniger Leistungen auszahlen müssen als angenommen, bleibt Geld übrig. Dieses Geld schreiben wir unseren Versicherungsnehmern gemäß gesetzlicher Vorschrift zu mindestens 90 % als Ertrag gut.

- Kalkulation der Kosten: Stellt sich heraus, dass wir weniger Kosten benötigen als angenommen, bleibt Geld übrig. Dieses Geld schreiben wir unseren Versicherungsnehmern gemäß gesetzlicher Vorschrift zu mindestens 50 % als Ertrag gut.

Der Gesetzgeber hat klare Regeln aufgestellt, wie wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen und den Bewertungsreserven der IDEAL Lebensversicherung a.G. beteiligen müssen. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) stellt mittels Kontrollen sicher, dass wir die Regeln einhalten.

Die über den Garantiezins (siehe § 8 Absatz 3) hinausgehenden Überschüsse werden 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 der für die Beaufsichtigung von Versicherern zuständigen Behörde, der BaFin, einzureichen.

Eine umfassende Erläuterung, wie wir dabei vorgehen, finden Sie in § 2 der Versicherungsbedingungen. Die Höhe dieser Überschüsse können Sie Ihrer jährlichen Wertmitteilung entnehmen.

Übersicht zur Ermittlung der einzelnen Punktzahlen
siehe SGB XI (Sozialgesetzbuch XI), Anlage 1

VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz)

Im VAG wird die staatliche Beaufsichtigung von Versicherern geregelt. So ist dort unter anderem festgelegt, dass die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) verantwortlich dafür ist, diese Beaufsichtigung sicherzustellen.

Verantwortlicher Aktuar

Aktuare sind Mathematiker, deren Fachgebiet die Versicherungsmathematik ist. Sie legen auf Basis der Rechnungsgrundlagen das Formelwerk fest, das hinter jedem Versicherungsprodukt steht. Anhand dieses Formelwerkes werden Beitrag und Leistungen berechnet. Der Verantwortliche Aktuar eines Versicherers hat dabei eine herausragende Position. Er überwacht zum einen die Richtigkeit der Kalkulationen. Zum anderen bestimmt er zum Beispiel, wie viel Geld der Versicherer für die Zahlung von Versicherungsleistungen bereithalten muss und in welcher Höhe Überschussbeteiligungen gutgeschrieben werden können.

Da die Funktion des Verantwortlichen Aktuars äußerst wichtig ist, wird in § 141 VAG geregelt, dass jeder Lebensversicherer einen solchen Aktuar bestellen muss. Dort wird ebenfalls geregelt, welche Voraussetzungen ein solcher Aktuar erfüllen muss und welche Aufgaben er hat.

Versicherungsfall

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, bedeutet das, dass die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, dass die vereinbarte Versicherungsleistung gezahlt wird.

Beispiel:

Wir haben vereinbart, dass Sie eine Rente von 500 EUR erhalten, wenn die versicherte Person pflegebedürftig in dem Pflegegrad 4 oder 5 wird. Die versicherte Person wird in den Pflegegrad 1 eingestuft. Sie erhalten von uns keine Rente, da der Versicherungsfall nicht eingetreten ist. Später wird die versicherte Person in den Pflegegrad 4 eingestuft. Der Versicherungsfall ist eingetreten. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir Ihnen monatlich 500 EUR Rente, solange die versicherte Person lebt und pflegebedürftig in Pflegegrad 4 oder 5 ist.

Versicherungsjahr

Das erste Jahr der Vertragslaufzeit fängt mit dem Tag an, den Sie als Versicherungsbeginn für Ihre jeweilige Absicherung festgelegt haben. Es endet mit Beginn des Jahrestags, und das nächste Versicherungsjahr beginnt. Das Jahr der Vertragslaufzeit ist also nicht mit dem Kalenderjahr identisch.

Beispiel:

Beginn Ihrer Rentenversicherung ist der 01.05.2017.

Das erste Versicherungsjahr beginnt am 01.05.2017 um 0:00 Uhr und endet am 30.04.2018 um 24:00 Uhr.

Das zweite Versicherungsjahr beginnt am 01.05.2018 um 0:00 Uhr und endet am 30.04.2019 um 24:00 Uhr.

Die weiteren Versicherungsjahre schließen sich entsprechend an.

Vertragsänderungen

Ihre PflegeRente soll Sie Ihr Leben lang begleiten. Während Ihres Lebens werden jedoch – geplant oder ungeplant – immer wieder Ereignisse eintreten, die Ihren Absicherungsbedarf ändern oder sogar völlig neuen Absicherungsbedarf schaffen. Viele dieser Ereignisse sind weder für Sie noch für uns absehbar. Wir prüfen gerne jedes Ihrer Anliegen individuell und beraten Sie.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle bekannten Umstände anzuzeigen, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben. Stellen wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme Fragen, müssen Sie uns dies auch anzeigen. Eine Verletzung dieser Pflicht kann zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen. Die Vorvertragliche Anzeigepflicht ist in § 19 Absatz 1 VVG sowie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

VVG (VersicherungsvertragsGesetz)

Im VVG werden die Rechte und Pflichten von Versicherern, Versicherungsnehmern und Versicherungsvermittlern geregelt.

Wechsel-Option

Ändert sich die Definition der Pflegebedürftigkeit für die Pflegepflichtversicherung gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI, haben Sie - sofern die Voraussetzungen des § 11 Absatz 3 c der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfüllt sind - die Möglichkeit, Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung auf einen Wechsel-Tarif umzustellen, der diese geänderte Gesetzeslage berücksichtigt.

Die Voraussetzungen und Auswirkungen der Wechsel-Option sind in § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

Wirtschaftliche Berechtigung

Bei der Wirtschaftlichen Berechtigung handelt es sich um einen Rechtsbegriff. Er wird zum Beispiel im Zuge der Bekämpfung von Geldwäsche und Steuerhinterziehung verwendet. Der Wirtschaftlich Berechtigte an einem Versicherungsvertrag ist derjenige, für dessen Rechnung der Vertrag abgeschlossen wurde.

Beispiel: Ein Sohn geht als Versicherungsnehmer die Absicht ein, die Leistungen/Produkte nicht im eigenen Interesse, sondern tatsächlich für die Interessen eines Dritten, seines Vaters, der Beitragszahler ist, zu nutzen. Das erfordert, die Identität eines solchen Dritten festzustellen und risikoangemessen zu überprüfen.

Im Kapitalisierungsfall der Versicherung soll die Auszahlung nicht an den Versicherungsnehmer, sondern an einen Dritten gehen. Um Strohmanggeschäften entgegenzuwirken und denjenigen sichtbar zu machen, in dessen wirtschaftlichem oder rechtlichem Interesse die Transaktion erfolgt, muss hier die Wirtschaftliche Berechtigung festgestellt werden.

Zu viel gezahlte Beiträge

Zu viel gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.

Beispiel: Bei nachträglicher Anerkennung einer Leistung. Sie beantragen die Leistung der Pflegerente und wir erkennen sie für einen Termin in der Vergangenheit an. Für den vergangenen Zeitraum haben Sie Beiträge gezahlt, die wir Ihnen zurückzahlen.

Gibt es etwas, das Sie wissen möchten und was hier nicht erläutert ist?

Dann schicken Sie uns eine Nachricht: info@ideal-versicherung.de