

Verbraucherinformation für Konventionelle Versicherungen

Risikoversicherung im Fall der
Pflegebedürftigkeit mit laufender
Beitragszahlung
– Private Vorsorge

in der Fassung 07/2023

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

gemeinsam mit:
Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
50427 Köln
www.zurich.de

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	Seite 3
Widerrufsbelehrung	Seite 5
Allgemeine Versicherungsbedingungen AB-IPR-2022A	Seite 7
Ergänzende Versicherungsbedingungen EB-IPR-Rentendyn-2022A	Seite 35
Ergänzende Versicherungsbedingungen EB-IPR-RGZ-2022A	Seite 36
Ergänzende Versicherungsbedingungen EB-IPR-Sofort-2022A	Seite 37
Ergänzende Versicherungsbedingungen EB-IPR-Tod-2022A	Seite 38
Erklärungen der Versicherer, die gemeinsame Versicherung betreffend ZI-MITV-ZÜRICH-2015A	Seite 40
Lexikon	Seite 41
Steuerinformationen	Seite 46

Allgemeine Hinweise

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

1. Wer ist Ihr Versicherer?

Ihr Vertragspartner ist die IDEAL Lebensversicherung a.G.

Sitz der IDEAL Lebensversicherung a.G. (Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit) ist Berlin in der Kochstr. 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 Aktiengesellschaft ist in Köln in der Deutzer Allee 1, 50679 Köln, die Handelsregisternummer ist HRB 100486. Weitere Regelungen die gemeinsame Versicherung betreffend finden Sie beiliegend in den "Erklärungen der Versicherer, die gemeinsame Versicherung betreffend".

2. Was ist unsere ladungsfähige Anschrift und wer sind die Vertretungsberechtigten?
IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin

**Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender),
Karlheinz Fritscher (stv. Vors.), Antje Müндörfer**

3. Was ist die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers?

Die Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der Lebensversicherung.

4. Welche Sicherungseinrichtungen gibt es?

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.

5. Welche Vertragsgrundlagen gelten und was sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

- a) Für Ihre PflegeRente gelten folgende Versicherungsbedingungen:
- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die PflegeRente (AB-IPR-2022A)
 - Ergänzende Versicherungsbedingungen EB-IPR-RENTENDYN-2022A
 - Ergänzende Versicherungsbedingungen EB-IPR-RGZ-2022A
 - Ergänzende Versicherungsbedingungen EB-IPR-SOFORT-2022A
 - Ergänzende Versicherungsbedingungen EB-IPR-TOD-2022A

- b) Die für Ihr Versicherungsverhältnis geltenden Vertragsbestimmungen, insbesondere Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen können Sie
- dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
 - der Mitteilung der Wertentwicklung
 - dem Antrag und Versicherungsschein entnehmen.

- c) Nebenleistungen
Eventuell vorhandene Nebendienstleistungen können nicht getrennt vom Versicherungsvertrag gekauft werden.

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

6. Was ist der Gesamtpreis für Ihre PflegeRente?

Den gesamten zu entrichtenden Beitrag für Ihre PflegeRente können Sie den beigefügten allgemeinen Vertragsdaten entnehmen. Weitere Informationen zum Beitrag und den darin einkalkulierten Kosten finden Sie im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter "Prämie; Kosten".

7. Welche zusätzlichen Kosten fallen an?

Wenn Sie eine Leistung bei uns beantragen, prüfen wir, ob diese Leistung nach den Versicherungsbedingungen gerechtfertigt ist. Hierbei können Kosten entstehen, die Sie gesondert bezahlen müssen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPR-2022A).

Sofern Zuzahlungen oder Schlusszahlungen zum Deckungskapital getätigt werden, fallen hierfür Gebühren an. In der Regel sind dies 3 % des Einzahlungsbetrags.

Zusätzlich zu dem unter Punkt 6 genannten Gesamtpreis der Versicherung und den oben genannten Kosten werden von uns keine weiteren planmäßigen Gebühren oder Kosten erhoben.

8. Was sind die Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung?

Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPR-2022A).

9. Wo finden Sie Angaben zum Rückkaufswert?

Ihre PflegeRente bietet die Möglichkeit des Rückkaufs. Die Rückkaufswerte sind vertraglich garantiert. Informationen zu deren Höhe finden Sie in den Verlaufsdarstellungen.

10. Welcher Mindestversicherungsbetrag und welche Leistungen bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung gelten?

Bei Verträgen gegen laufende Beitragszahlung besteht vor Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer die Möglichkeit der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung. Die Höhe der garantierten Versicherungsleistungen finden Sie in den Verlaufsdarstellungen.

Den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPR-2022A) entnehmen.

11. Welche Leistungen sind garantiert?

Alle in der Verlaufsdarstellung - garantierte Leistungen (Kapitel 2) genannten Werte sind in der bezifferten Höhe vertraglich garantiert.

12. Welche Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung gelten?

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge, können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPR-2022A) entnehmen.

Insbesondere möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags (Einlösungsbeitrag) - solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten können. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, außer Sie weisen nach, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Auch wenn Sie Folgebeiträge trotz unserer Mahnung nicht zahlen, kann der Versicherungsschutz entfallen oder sich vermindern.

Was Sie bei der Beitragszahlung zu beachten haben und was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, lesen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPR-2022A) nach.

13. Wie lange sind die Informationen und das Angebot gültig?

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

14. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

Für den Beginn und den Zeitpunkt, ab welchem Versicherungsschutz besteht, verweisen wir auf die entsprechenden Regelungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPR-2022A).

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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPR-2022A) nach.

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

15. Welches Widerrufsrecht haben Sie?
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen widerrufen. Die konkreten Informationen zur Ausübung Ihres Widerrufsrechts und den Widerrufsfolgen finden Sie in der beiliegenden Widerrufsbelehrung.

16. Wie lange ist die Laufzeit Ihrer PflegeRente?
Die Vertragslaufzeit ist lebenslang.

17. Wann endet Ihre PflegeRente?
Ihre PflegeRente endet bei Tod der versicherten Person, oder bei Kündigung.

Nähere Angaben zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen und zur Auszahlung eines Rückkaufwertes finden Sie in den entsprechenden Paragrafen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPR-2022A). Die garantierten Rückkaufwerte können Sie der Mitteilung der Wertentwicklung entnehmen.

18. Welche steuerlichen Regeln gelten?
Die aktuell geltenden steuerlichen Regelungen finden Sie beiliegend in den Steuerinformationen zu Ihrer Versicherung.

19. Welches Recht wenden wir an?
Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

20. Welche Vertragssprache gilt?
Alle Inhalte der Dokumente und die Kommunikation vor oder während der Vertragsdauer erfolgen ausnahmslos in deutscher Sprache.

21. An wen können Sie sich bei Beschwerden wenden?
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 -80
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,
Internet: www.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.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von **30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.**

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,** einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen,** jeweils in Textform zugegangen sind.

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 E-Mail: service@ideal-versicherung.de
Per Fax: 030/ 25 87 -80

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 0,00 EUR. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile hat der Versicherer Ihnen auszahlen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen, werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;

15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;

16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;

17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;

18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Lebensversicherung

Bei dieser Lebensversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;

2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;

3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;

4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;

5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;

6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;

7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;

8. die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase.

Ende der Widerrufsbelehrung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die PflegeRente AB-IPR-2022A

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. Für eine bessere Verständlichkeit benutzen wir in der Anrede für alle Geschlechter die männliche Form. Wir verzichten vielfach auch bewusst auf die Nennung zugrunde liegender Gesetze und Paragraphen. Auf Ihren Wunsch können wir Ihnen diese gern darlegen.

Die PflegeRente ist eine Versicherung zur finanziellen Absicherung des Pflegefalls. Können Sie einmal einen Sachverhalt nicht richtig einordnen, sind Erläuterungen zu einigen Begriffen hilfreich. Wir haben daher ausgewählte Fachbegriffe unterstrichen. Im beigefügten Lexikon lesen Sie diese nach. Das Lexikon ist nicht Teil der Versicherungsbedingungen im rechtlichen Sinne.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsschutz

- § 1 Welche Leistungen erhalten Sie?
- § 2 Welche Überschüsse erhalten Sie?
- § 3 Wann beginnt und wann endet Ihre PflegeRente?
- § 4 Was gilt bei Unruhen, Krieg, widerrechtlichen Handlungen oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?
- § 5 Was ist bei absichtlicher Herbeiführung des Versicherungsfalls oder versuchter Selbsttötung zu beachten?
- § 6 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen im Ausland?
- § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 8 Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor und wie werden die Pflegegrade bestimmt?
- § 9 Was setzen wir bei der Berechnung einzelner Werte voraus?
- § 10 Wie alt ist die versicherte Person?
- § 11 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?
- § 12 Wann erhöht sich Ihr Versicherungsschutz?
- § 13 Wann können Sie Ihre PflegeRente kündigen (Rückkauf) oder beitragsfrei stellen?
- § 14 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie während der Vertragslaufzeit?
- § 15 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?
- § 16 Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?
- § 17 Welche Kosten und Gebühren gibt es?
- § 18 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
- § 19 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 20 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 21 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?
- § 22 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, 28.03.2021)

§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Welche 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 § 8) 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 festgestellt wird.

Ihr Anspruch besteht rückwirkend maximal für drei Jahre ab Anzeige des Pflegefalls bei uns. Rückwirkende Leistungen zahlen wir Ihnen in einem Betrag aus. Das gilt auch, wenn sich die versicherte Pflegebedürftigkeit ändert. Ihre Pflegerenten werden bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die Pflegebedürftigkeit entfällt oder die versicherte Person stirbt.

Auf die Möglichkeit eines befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

Folgerenten werden jeweils zu Anfang des Monats im Voraus gezahlt.

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 weiterzahlen. Erkennen wir die Leistung an, zahlen wir Ihre zu viel gezahlten Beiträge unverzinst zurück. Sie können auch beantragen, dass Ihre Beiträge bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet werden. Kommt es darüber hinaus zu einem gerichtlichen Verfahren, können Sie die Beiträge bis zu dessen Abschluss stunden.

Eine Stundung erfolgt längstens für fünf Jahre. Wir erheben keine Stundungszinsen.

Besteht kein Leistungsanspruch, müssen Sie Ihre gestundeten Beiträge innerhalb eines Monats nach Erhalt unseres Leistungsentscheids nachzahlen. Wir bieten Ihnen auch die Möglichkeit, Ihre gestundeten Beiträge über einen Zeitraum von höchstens 24 Monaten in gleichen Raten zurückzuzahlen.

d) Keine Rückstufung bei Veränderung des Pflegegrades

Haben wir Ihre Pflegerente aufgrund des Pflegegrades 4 und 5 zwölf Monate ununterbrochen gezahlt, zahlen wir diese Pflegerente, solange die versicherte Person lebt. Das gilt auch, wenn die versicherte Person in einen geringeren Pflegegrad eingestuft wird.

Wird die Pflegerente aufgrund des Pflegegrades 4 und 5 für 24 Monate ununterbrochen gezahlt, 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. Das gilt auch, wenn die versicherte Person in einen nicht versicherten Pflegegrad zurückgestuft wird.

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 Pflegeversicherungen. Geplante garantierte Rentensteigerungen werden bei der Mindest-/Höchstrente berücksichtigt. Renten aus Ihrer Überschussbeteiligung werden nicht berücksichtigt.

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

a) Grundsätzlich erhält die versicherte Person alle Pflegerenten.

b) Abtretung oder Verpfändung

Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen abtreten oder verpfänden.

c) Anzeige

Die Abtretung und die Verpfändung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

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

a) Erforderliche Unterlagen bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Möchten Sie eine Leistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit beantragen, müssen Sie 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 hin 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 Leistungsumfanges 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 Leistungsprüfung müssen Sie uns die erforderlichen Nachweise gemäß Absatz 3 a) einreichen. Wir entscheiden innerhalb einer Woche, ob und ab welchem Termin ein Anspruch auf Leistung besteht. Die Frist beginnt, wenn alle von uns als erforderlich erachteten Unterlagen zur Leistungsprüfung bei uns eingegangen sind.

Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

Solange die Nachweise nicht vollständig bei uns eingegangen sind, kann die Prüfung der Leistungspflicht nicht abgeschlossen werden. Wir informieren Sie regelmäßig alle drei Wochen über die fehlenden Nachweise.

e) Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit

Wir sind 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 jährlich 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.

Wir können 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.

- Ist die versicherte Person in einen niedrigeren Pflegegrad beziehungsweise keinen Pflegegrad einzuordnen, wird die Versicherungsleistung angepasst. Die Anpassung gilt mit Ablauf des Monats, in dem die Minderung eintritt. Ist der niedrigere Pflegegrad bei Ihrer Versicherung mitversichert, erhalten Sie die für diesen Pflegegrad versicherte Leistung. Ist der niedrigere Pflegegrad nicht mitversichert beziehungsweise liegt kein Pflegegrad mehr vor, entfällt Ihre Leistung. Zu viel erhaltene Leistungen müssen Sie uns zurückzahlen.

Entfällt der Leistungsanspruch, wird Ihre PflegeRente zum nächsten Monatsersten in den Zustand vor Eintritt des Versicherungsfalls versetzt. Ist die Beitragszahlungsdauer inzwischen abgelaufen, müssen Sie keine Beiträge zahlen.

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

- Erhält die versicherte Person einen höheren Pflegegrad, zahlen wir die für den neuen Pflegegrad versicherte Leistung ab dem folgenden Monat.
- Die Gründe für unsere Leistungsentscheidung teilen wir Ihnen mit.

g) Tod der versicherten Person

Der Tod der versicherten Person sollte uns schnellstmöglich 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?

Verletzen Sie vorsätzlich eine nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Mitwirkungspflicht (Obliegenheit), sind wir für diesen Versicherungsfall von der Leistung befreit. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir unsere Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen. Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleiben wir leistungspflichtig.

Weisen Sie nach, dass die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat, bleiben wir leistungspflichtig.

Bei Arglist sind wir generell leistungsfrei. Im Leistungsfall weisen wir Sie gesondert auf diese Regelung hin.

(5) Welche weiteren Leistungen erhalten Sie?

Über die vereinbarten Leistungen hinaus bieten wir Ihnen eine Reihe von Hilfestellungen, sogenannte Assistenzleistungen, 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?

(1) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absatz 3),

- wie wir Ihre Überschüsse vor, bei und nach Rentenbeginn verwalten (Absätze 4 bis 6),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 5 und 6),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Absatz 7).

(2) 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 § 9) 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 § 9). 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.

(3) 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 PflegeRentenversicherungen 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.

(4) 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 Versicherungsjahres 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.

(5) 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 Rentenbeginn eine Plusrente als Schlussüberschuss. Der Schlussüberschuss-Satz zur Bestimmung der Höhe der Plusrente wird für jedes Geschäftsjahr neu festgelegt. Für den PflegeRentenbezug ist derjenige Schlussüberschuss-Satz maßgeblich, der für das Kalenderjahr gilt, in das der Beginn der PflegeRentenzahlung 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.

(6) 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 Prozent 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.

(7) 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 § 9 Absatz 7).

§ 3 Wann beginnt und wann endet Ihre PflegeRente?

(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 § 11 Absatz 3).

(2) Wann endet Ihre PflegeRente?

Ihre PflegeRente endet grundsätzlich mit dem Tod der versicherten Person oder mit Beendigung durch Sie (siehe § 13) 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 Was gilt bei Unruhen, Krieg, widerrechtlichen Handlungen oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

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

Vorsätzlicher Einsatz von ABC-Waffen/-Stoffen

(2) Wir leisten nicht, wenn die versicherte Pflegebedürftigkeit unmittelbar oder mittelbar durch

- den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen (ABC-)Waffen oder
- die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

verursacht wird, wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf ausgerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen

(3) Wir leisten nicht, wenn die Pflegebedürftigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt. Wir leisten, wenn die Pflegebedürftigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wird und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt ist.

(4) Im Fall von inneren Unruhen leisten wir, wenn die versicherte Person nicht aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Widerrechtliche Handlung

(5) Wird der Versicherungsfall durch eine widerrechtliche Handlung des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person herbeigeführt, leisten wir nicht.

§ 5 Was ist bei absichtlicher Herbeiführung des Versicherungsfalls oder versuchter Selbsttötung zu beachten?

(1) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Eintritt versicherter Pflegebedürftigkeit 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. Anderenfalls zahlen wir den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist.

(2) 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.

§ 6 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen im Ausland?

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich weltweit.

(2) 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.

(3) 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 § 13) 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.

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

(1) Was ist die vorvertragliche Anzeigepflicht?

a) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (zum Beispiel Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Als gefahrerheblich sind solche Umstände anzusehen, die unsere Entscheidung beeinflussen können, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.

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 Annahmementscheidung 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 wissentlich 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 § 13). 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 Gefahrsicherung 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 Annahmeerklärung 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.

§ 8 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 §GB XI. Wir beziehen uns immer auf den Stand vom 28.03.2021.

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 28.03.2021.

(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
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 des Moduls mit dem höheren Wert

Modul	Umschreibung	Kriterien	Gewichtung
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 	15 Prozent 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
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 28.03.2021 beziehen. Eine Änderung

- der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit,
- der Einstufungskriterien,
- des Begutachtungsverfahrens,
- von Rechtsverordnungen oder
- von Richtlinien

führt 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. Der Tarifwechsel 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. Die Umstellung 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 Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl) nur mithilfe 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 mithilfe 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 Erreichen 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. speziellen Griffe, Toilette mit Duschfunktion) nur mithilfe 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. Schuhhölfer, Knöpfhilfe) nur mithilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Allein mit dem Erreichen 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, Wannenaufzug) nur mithilfe 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. krankengerechtem Essbesteck/Trinkgefäß) nur mithilfe 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 Mailkontakt).

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 zurechtzufinden 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. ständigem Aufstehen, ziellosem 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.

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

(1) 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:

Ausscheideordnung

(2) Es gibt Statistiken darüber, wie lange Menschen eines jeden Geburtsjahrgangs 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, Pfegetafeln 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.

Mögliche Dauer der Rentenzahlung

(3) 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 $(20 \text{ Jahre} + 30 \text{ Jahre}) : 2 = 25$ 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.

Zinsen und Überschüsse

(4) 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.

(5) Überschüsse:

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

Kosten und Gebühren

(6) Die einkalkulierten Kosten werden im § 10 beschrieben.

Ermittlung und Zuordnung Ihrer Ansprüche unter Berücksichtigung der Überschüsse

(7) 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.

§ 10 Wie alt ist die versicherte Person?

(1) 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 13.08.1975 geboren. Ihre PflegeRente beginnt am 01.03.2022. Das Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn ist also $2022 - 1975 = 47$ Jahre.

Die versicherte Person ist am 13.08.1975 geboren. Ihre PflegeRente beginnt am 01.10.2022. Das Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn ist also ebenfalls $2022 - 1975 = 47$ Jahre.

(2) Unter- und Obergrenzen für das Alter der versicherten Person

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

§ 11 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 § 13) 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, Ihre Beitragszahlungen zu ändern?

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 § 14 Absatz 2).

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

(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 Versicherungsvertragsgesetz (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 berichtigten 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.

§ 12 Wann erhöht sich Ihr Versicherungsschutz?

(1) Was bedeutet Dynamik?

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 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.

(2) Wann enden die Erhöhungen?

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

(3) Wann setzen wir die Erhöhungen aus?

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.

§ 13 Wann können Sie Ihre PflegeRente kündigen (Rückkauf) oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung (Rückkauf)

(1) 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 § 16 Absatz 8.

(2) Zusätzlich gewählte optionale Leistungskomponenten (siehe Versicherungsschein) können Sie nur in Verbindung mit dem gesamten Vertrag kündigen.

(3) 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.

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

(5) Sie können Ihre PflegeRente auch teilweise kündigen. 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 § 11 Absatz 6 – nicht weniger als 24 EUR im Jahr.

(6) Berechnung des Rückkaufwertes, des Stornoabzuges und des Auszahlungsbetrages.

a) Nach einer Kündigung zahlen wir Ihnen den Rückkaufswert vermindert um den Stornoabzug sowie die Überschussbeteiligung aus. Die genaue Höhe des Rückkaufwertes, des Stornoabzuges und des resultierenden Auszahlungsbetrages zum Jahrestag der Versicherung sehen Sie als Eurobetrag in den Garantiewerten der **"Mitteilung der Wertentwicklung"**.

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 das 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 § 17 Absatz 2).

c) Von dem nach Absatz 6 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 6 b und 6 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 Abs. 6 VVG).

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

(7) 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 Risikoübernahme verbrauchten Beitragsanteil Ihrer Versicherung sowie den zugeteilten Überschuss können wir zur Bildung Ihres Deckungskapitals verwenden.

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 17) 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.

Wiederherstellung nach Rückkauf

(8) 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 § 9).

(9) Eine Auszahlung erfolgt nach Einreichung des Versicherungsscheines im Original.

Vertragserhaltende Maßnahmen bei Zahlungsschwierigkeiten

(10) Sie können zum Ersten des Monats der nächsten Beitragsfälligkeit eine Beitragsfreistellung, Beginnverlegung, Beitragsverrechnung oder Beitragsstundung beantragen. Dadurch verringert sich gegebenenfalls die Versicherungssumme.

Beitragsfreistellung (beitragsfreie Versicherungssumme)

(11) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zum Ersten des Monats der nächsten Beitragsfälligkeit in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab. Diese beitragsfreie Versicherungssumme wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Termin der Beitragsfreistellung unter

Zugrundelegung des Rückkaufwertes nach den gültigen Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes berechnet.

Bei der Berechnung der beitragsfreien Rente nehmen wir keinen Stornoabzug vor.

Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung stehende Rückkaufwert mindert sich noch um rückständige Beiträge und Forderungen.

(12) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Bitte beachten Sie insbesondere § 17 Absatz 11 zur Verrechnung der Kosten Ihres Vertrages. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und zu ihrer Höhe erhalten Sie in der "**Mitteilung der Wertentwicklung**".

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

(13) 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 § 16). 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.

Beginnverlegung

(14) Bei Beitragsrückständen im ersten Versicherungsjahr können Sie Ihren Versicherungsschutz durch Verlegung des Beginns erhalten. Die Modalitäten ergeben sich im Einzelnen aus einem Angebot, das wir Ihnen gern unterbreiten.

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 § 14 Absatz 2). 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 § 10 Absatz 2) nicht überschritten werden darf.

Beitragsverrechnung

(15) Kommen Sie ab dem 2. Versicherungsjahr in Zahlungsschwierigkeiten, können Sie mit unserer Zustimmung die Verrechnung Ihrer Beitragsrückstände beantragen.

Die Modalitäten ergeben sich im Einzelnen aus einem Angebot, das wir Ihnen gern unterbreiten.

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.

Beitragsstundung

(16) 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:

- Sie haben die Beiträge der letzten 12 Monate vollständig und ohne Unterbrechung gezahlt.
- Es ist die erste Beitragsstundung zu Ihrer PflegeRente
- Der Stundungsbetrag ist nicht höher als der Beitrag für ein Versicherungsjahr.
- Der Stundungsbetrag ist nicht höher als der aktuelle Rückkaufwert.
- Ihre PflegeRente ist nicht gekündigt.

(17) Nach Ablauf der Stundung müssen Sie die Beiträge unverzüglich nachzahlen. Dazu haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen.
- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen berechnen wir dabei ebenfalls nicht.
- Sie können die gestundeten Beiträge durch Herabsetzung der versicherten Leistung ausgleichen.
- Sie können die gestundeten Beiträge durch Erhöhung des Beitrages ausgleichen.

(18) Die Modalitäten ergeben sich im Einzelnen aus einem Angebot, das wir Ihnen gern unterbreiten.

Ablöse-Option

(19) 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 (§ 17 Absatz 2).

§ 14 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie während der Vertragslaufzeit?

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

(2) 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 § 11 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.

(3) Wie dokumentieren wir Ihre Vertragsänderungen?

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

(4) Welche Änderungen sind möglich?

a) Kündigung (siehe § 13)

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 § 13). 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 § 13)

d) Änderung Ihrer Beiträge (siehe § 11 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 § 14 Absatz 2).

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.

§ 15 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

(1) 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.

(2) 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,
- Erstmaliger 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.

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

- Ihre versicherten Leistungen halten nach Ihrer Erhöhung die Obergrenzen ein (siehe § 1 Absatz 1e).
- 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.

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

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

Wir möchten schnell, nachhaltig und unkompliziert mit Ihnen in Kontakt treten. Dafür stellen wir die Kommunikation Schritt für Schritt auf den elektronischen Versand um. Sie erhalten alle Unterlagen per E-Mail.

Ist der E-Mail-Versand nicht möglich, senden wir Ihnen Ihre Unterlagen standardmäßig per Post.

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

Über die Formulare auf unserer Webseite können Sie uns Ihre Anliegen direkt in Textform mitteilen. Finden Sie einmal kein passendes Formular, senden Sie uns gern eine E-Mail. Urkunden oder erforderliche Dokumente für die Bearbeitung Ihres Anliegens fügen Sie der E-Mail als Anhang bei.

Benötigen wir einmal weitere Unterlagen oder Informationen von Ihnen, teilen wir Ihnen das mit.

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

Wenn Sie eine Leistung aus Ihrer PflegeRente beantragen möchten, müssen Sie uns das innerhalb von zwei Wochen mitteilen. Die Frist beginnt ab dem zutreffenden Ereignis beziehungsweise ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Kenntnis von dem Ereignis erlangt haben.

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

Die Änderung Ihrer hinterlegten Postanschrift müssen Sie uns innerhalb von zwei Wochen mitteilen. Teilen Sie uns die Änderung zu spät mit, können Ihnen Nachteile entstehen. Eine an Sie zu richtende Willenserklärung können wir mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Das gilt auch für eine Änderung Ihres Namens.

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

Die E-Mail ist unser zentrales Medium für Mitteilungen. Bei der Beantragung Ihrer PflegeRente, haben Sie der Kommunikation per E-Mail zugestimmt. Es gelten die Mitteilungsfristen gemäß Absatz 4 sinngemäß.

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

Es gelten die Regelungen gemäß § 1 Absatz 3.

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

Es gelten die Regelungen gemäß § 1 Absatz 4.

(8) Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

Der Gesetzgeber fordert von uns die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung bestimmter Daten und Informationen. Diese betreffen zum Beispiel Ihre steuerliche Ansässigkeit oder die Herkunft Ihrer Einzahlungen.

Beispiele dafür sind:

- Ihre deutschen und ggf. ausländischen Steueridentifikationsnummern,
- Ihr Geburtsdatum,
- Ihr Geburtsort,
- Ihr Wohnsitz,
- Nachweise zur Identifikation und der wirtschaftlichen Berechtigung.

Weitere Informationen hierzu können Sie Ihrem [Steuerinformationsblatt](#) entnehmen.

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 zur Verfügung. Es gelten die Mitteilungsfristen gemäß Absatz 4 sinngemäß.

Um die Versicherungsleistung zu erhalten, müssen Sie Ihre Auskunftspflichten erfüllen. Wir können nur die uns bekannten Informationen berücksichtigen. Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

§ 17 Welche Kosten und Gebühren gibt es?

(1) Wodurch entstehen die Kosten?

Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten z. B. die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten, z. B. Kosten für den Beitragseinzug, die Bestandsverwaltung und die Leistungsregulierung.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten lesen Sie in dem **"Informationsblatt zu Versicherungsprodukten"**.

(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 § 13). 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 **"Informationsblatt zu Versicherungsprodukten"** 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 dem **"Informationsblatt zu Versicherungsprodukten"** entnehmen.

§ 18 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Neben den oben beschriebenen Kosten für die Vertragsverwaltung erheben wir für spezielle Anlässe 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

§ 19 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 20 Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, ist für eine Klage aus dem Versicherungsvertrag das Gericht unseres Sitzes zuständig.

§ 21 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

Folgen bei Nichtbeachtung von Verhaltensregeln

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

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

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen.

Verjährung von Ansprüchen aus Ihrem Versicherungsvertrag

(2) 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.

Versicherungsjahr

(3) Die Versicherungsdauer Ihres Vertrags wird in Versicherungsjahre eingeteilt. Jedes Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Vertragssprache

(4) Die Kommunikation erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

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

(1) Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden oder führt eine Verhandlung mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis, haben Sie folgende Beschwerdemöglichkeiten.

Unser Beschwerdemanagement

(2) Sie können sich an unsere interne Beschwerdestelle wenden. Diese erreichen Sie wie folgt:

Per Post: IDEAL Versicherungsgruppe, Postfach 11 01 20, 10831 Berlin
Per E-Mail: beschwerde@ideal-versicherung.de
Per Telefax: 030/ 25 87 -80
Telefonisch: 030/ 25 87 -259

Versicherungsombudsmann

(3) Als Verbraucher können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

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

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

(4) Haben Sie den Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

(5) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Dies ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Kontaktdaten sind:

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

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

Rechtsweg

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

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 Ihrer PflegeRente.

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 pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, 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 Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3

4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	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	2 Punkte
unselbstständig	3 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 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					

Ergänzende Bedingungen für die garantierte Rentensteigerung im Rentenbezug (EB-IPR-Rentendyn-2022A)

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) beschreiben die entsprechenden Regeln für die garantierte Rentensteigerung im Rentenbezug. Sie ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihrer PflegeRente. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel "Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?" auch weiterhin gelten.

Ergänzungen zu...

...§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Welche Rente erhalten Sie?

f) 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?

f) Änderung des Umfangs beziehungsweise Wegfall der Pflegebedürftigkeit

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-2022A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben sich in Verbindung mit Ihrer PflegeRente für die Todesfallleistung nach Rentenbeginn (Pflegeorentengarantiezeit) als zusätzliche Leistung entschieden. Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EB) beschreiben die entsprechenden Regeln für die Pflegeorentengarantiezeit. Sie ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihrer PflegeRente. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel "Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?" auch weiterhin gelten.

Ergänzungen zu...

...§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

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

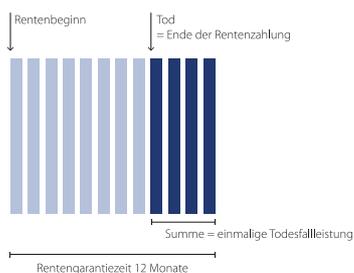
Stirbt die versicherte Person, während sie in einem versicherten Pflegegrad mit Pflegeorentenzahlung pflegebedürftig ist, zahlen wir die vereinbarte garantierte Anzahl von Monatsrenten (Pflegeorentengarantiezeit) als einmalige Todesfallleistung aus.

- 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.

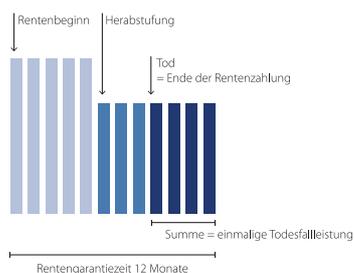
Anschließend stellen wir die Rentenzahlung ein und Ihre PflegeRente erlischt.

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

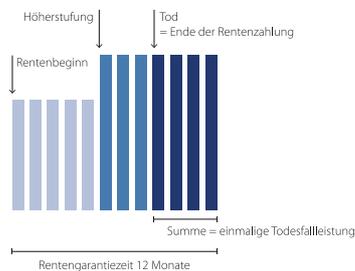
Tod innerhalb der Rentengarantiezeit:



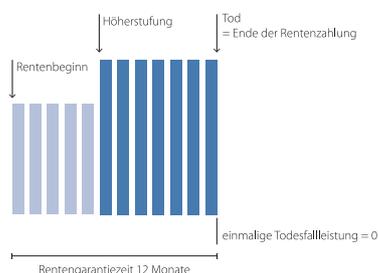
Tod innerhalb der Rentengarantiezeit nach Herabstufung:



Tod innerhalb der Rentengarantiezeit nach Höherstufung:



Tod nach Ablauf der Rentengarantiezeit:



Ergänzende Bedingungen für die Sofortleistung (EB-IPR-Sofort-2022A)

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) beschreiben die entsprechenden Regeln für die Sofortleistung. Sie ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihrer PflegeRente. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel "Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?" 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 Höhe der vereinbarten Sofortleistung können Sie in Ihrem Versicherungsschein nachlesen.

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 die Todesfallleistung (EB-IPR-Tod-2022A)

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) beschreiben die entsprechenden Regeln für die Todesfallleistung. Sie ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihrer PflegeRente. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel "Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?" auch weiterhin gelten.

Ergänzungen zu...

... § 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

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

a) Bezugsberechtigung im Todesfall

Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält.

Sie können wählen:

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

Haben Sie kein Bezugsrecht bestimmt, zahlen wir die Leistung an Sie aus. Wenn Sie nicht mehr leben und Sie kein Bezugsrecht bestimmt haben, fällt die Versicherungsleistung in Ihren Nachlass.

b) Abtretung und Verpfändung

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

c) Anzeigepflicht

Erklärungen zu Bezugsrechten sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus Ihrer PflegeRente sind uns gegenüber nur wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt wurden und wir diese vor Eintritt des Versicherungsfalles erhalten haben. Erklärungsberechtigter sind im Regelfall 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 Pflegeerentenzahlung war.

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

a) Stirbt die versicherte Person, zahlen wir die vereinbarte Todesfallleistung. Diese berechnen wir aus den bis zum Todestag fälligen Beiträgen und dem vereinbarten Anteil. Die Höhe des vereinbarten Anteils lesen Sie im Versicherungsschein nach.

Wird die versicherte Person 86, verringert sich im gleichen Kalenderjahr die Todesfallleistung. Wir reduzieren den Anteil immer zum Jahrestag der Versicherung um einen Prozentpunkt.

Wichtige Hinweise zur Todesfallleistung

b) Bitte beachten Sie:

- Wir zahlen keine Todesfallleistung, wenn die versicherte Person vor ihrem Tod pflegebedürftig in einem versicherten Pflegegrad mit Pflegeerentenzahlung war.
- Nicht gezahlte Beiträge werden von der Todesfallleistung abgezogen.
- Für die Todesfallleistung berücksichtigen wir maximal die Beiträge, die vor dem Versicherungstichtag des Jahres gezahlt werden, in dem die versicherte Person 85 wird.

Beispiel:

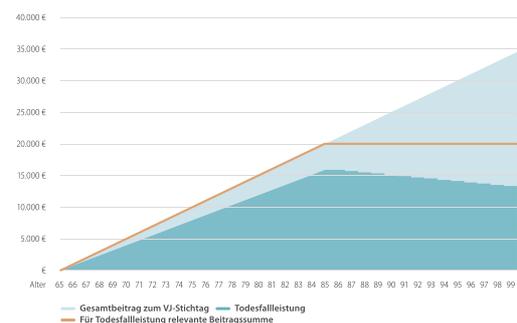
Ihre Versicherung beginnt am 01.06.2022 und Sie haben einen Anteil von 80 Prozent vereinbart. Im April 2050 werden Sie 85 Jahre alt. Am 31.05.2050 haben Sie insgesamt 20.000 EUR in Ihre PflegeRente eingezahlt.

Zu diesem Zeitpunkt beträgt die Todesfallleistung 80 Prozent von 20.000 EUR, also 16.000 EUR.

Ab dem 01.06.2051 beträgt die Todesfallleistung 79 Prozent von 20.000 EUR, also 15.800 EUR.

Ein weiteres Versicherungsjahr später beträgt die Todesfallleistung 78 Prozent von 20.000 EUR, also 15.600 EUR usw.

Todesfallleistung im Zeitverlauf



c) Zahlen wir die Todesfallleistung, erlischt Ihre PflegeRente.

... § 4 Was gilt bei Unruhen, Krieg, widerrechtlichen Handlungen oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

Versicherungsschutz im Todesfall

(6) Im Todesfall leisten wir auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

... § 5 Was ist bei absichtlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles oder versuchter Selbsttötung zu beachten?

Versicherungsschutz im Todesfall

(3) Stirbt die versicherte Person durch vorsätzliche Selbsttötung nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss der Todesfallleistung zu Ihrer PflegeRente, zahlen wir die vereinbarte Todesfallleistung.

(4) Stirbt die versicherte Person durch vorsätzliche Selbsttötung innerhalb von drei Jahren seit Abschluss der Todesfalleistung 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.

... § 6 Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen im Ausland?

Versicherungsschutz im Todesfall

(4) Der Versicherungsschutz im Todesfall besteht weltweit. Es gibt daher keine Einschränkungen des Versicherungsschutzes im Ausland.

... § 13 Wann können Sie Ihre PflegeRente kündigen (Rückkauf) oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung

(6) Berechnung des Rückkaufwertes, des Stornoabzuges und des Auszahlungsbetrages.

c) Von dem nach Absatz 6 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.

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.

Lexikon

Stand: 01.2022

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 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 Pflegefall, 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.

Ausscheideordnung

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 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.

Befreiung von Ihrer Beitragszahlung, Beitragsbefreiung

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.

Beitragsfreistellung

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 13 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 verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir monatlich neu.

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 Versicherungsjahrs.
- 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 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 § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

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.

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird in Pflegegraden ausgedrückt. Je größer der Pflegebedarf, desto höher der Pflegegrad. Wir haben in § 11 unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben, wie die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt.

Grundsätzlich gibt es fünf Pflegegrade.

- **Pflegegrad 1**
Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- **Pflegegrad 2**
Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- **Pflegegrad 3**
Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- **Pflegegrad 4**
Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- **Pflegegrad 5**
Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Wenn Sie eine PflegeRente abgeschlossen haben, haben Sie bei Abschluss auch festgelegt, wie hoch die Pflegeleistungen in dem jeweiligen Pflegegrad sein sollen. Dabei haben Sie eventuell nicht für jeden Pflegegrad Leistungen festgelegt. Aufschluss hierüber gibt Ihnen Ihr Versicherungsschein.

Plusrente

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

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 verwaltungsräumlere 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.

Rückkaufwert

Wird die Versicherung durch Sie vorzeitig beendet, so spricht man dann von Rückkauf, falls dies vertraglich oder gesetzlich festgelegt ist. Der Rückkaufwert 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 Rückkaufwert 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.

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.

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 Pflege Rentenversicherung 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 Pflege Rentenversicherung 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 Versicherungsgemeinschaft 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. Pflege Rentenversicherungen 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 Versicherungsgemeinschaft, 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 Versicherungsgemeinschaft 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 Versicherungsgemeinschaft einseitig durch den kündigenden Versicherungsnehmer.

Der verbleibende Versichertenbestand wird über diese negative Risikoauslese belastet. Zum Schutz der verbleibenden Versicherungsgemeinschaft 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 Versicherungsgemeinschaft 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 Versicherungsgemeinschaft verloren und müssen deshalb durch einen Stornoabzug ausgeglichen werden. Die Solvenzmittel werden intern gebildet, da die alternative Finanzierung über externes Kapital für die Versicherungsgemeinschaft 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 Versicherungsgemeinschaft 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

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 bzw. die zentrale Stelle (§ 81 EStG) oder an das Bundeszentralamt für Steuern erfolgen u. a. bei

- Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer
- Versicherungsnehmerwechsel
- zu versteuernden Renten- und Kapitalleistungen, auch im Rahmen des internationalen Steuerdatenaustauschs
- Veräußerungen von kapitalbildenden Lebensversicherungen

Versicherungsteuer

Die Beiträge sind derzeit gemäß § 4 (1) Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit, soweit Sie als Versicherungsnehmer Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in ein anderes Land, so kann der Lebensversicherungsbeitrag nach den dortigen Steuergesetzen der Versicherungsteuer unterliegen. Gegebenenfalls sind wir dann verpflichtet, Sie mit dieser Versicherungsteuer zu belasten.

Das Bezugsrecht darf ausschließlich mit der versicherten Person oder nahen Angehörigen der versicherten Person vereinbart werden. Wird ein abweichendes Bezugsrecht vereinbart, müssen Sie Versicherungssteuer zahlen und Ihr Beitrag erhöht sich.

Als nahe Angehörige gelten Personen gemäß § 7 Pflegezeitgesetz und § 15 Abgabenordnung. Dazu gehören:

- der Ehegatte oder Lebenspartner,
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder
- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
- Verwandte und Verschwägerte gerader Linie,
- Geschwister
- Kinder der Geschwister
- Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
- Geschwister der Eltern,
- Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder)

Möchten Sie die Bezugsberechtigung ändern, teilen Sie uns dies bitte mit. Wir prüfen gerne, ob die Änderung möglich ist.

Änderungen des Steuerrechts

Die allgemeinen Steuerhinweise gelten für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 01.2022). Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

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).