

IDEAL PflegeStarter

Vertragsinformationen Stand: 10.2017

Inhalt

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die IDEAL PflegeStarter (AB_IPST_2017C)	3
Ergänzende Bedingungen für die garantierte Rentensteigerung im Rentenbezug (EB_IPST_RENTENDYN_2017A)	34
Ergänzende Bedingungen für die Sofortleistung (EB_IPST_SOFORT_2017A)	35

IDEAL PflegeStarter

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AB_IPST_2017C)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

Bei der IDEAL PflegeStarter handelt es sich um eine Rentenversicherung zur zeitlich begrenzten finanziellen Absicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit.

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

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

Inhalt

§ 1	Welche Leistungen erhalten Sie?	4
§ 2	Welche Überschüsse erhalten Sie?	8
§ 3	Wann beginnt und wann endet Ihre Versicherung?	11
§ 4	Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?	12
§ 5	Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?	16
§ 6	Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie während der Vertragslaufzeit?	18
§ 7	Was geschieht, wenn Sie Ihre IDEAL PflegeStarter kündigen?	19
§ 8	Was setzen wir bei der Berechnung einzelner Werte voraus?	20
§ 9	Wie alt ist die Versicherte Person?	21
§ 10	Welche Kosten und Gebühren gibt es?	22
§ 11	Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor und wie werden die Pflegegrade bestimmt?	23
§ 12	Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?	28
§ 13	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt beziehungsweise ausgeschlossen?	29
§ 14	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	30
§ 15	Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?	32
§ 16	Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Anschluss-Option?	33

§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Was für eine Rente erhalten Sie?

Wird die Versicherte Person während der Dauer dieser IDEAL PflegeStarter pflegebedürftig, zahlen wir Ihre vereinbarte Pflegerente, solange die Pflegebedürftigkeit besteht. Sie erhalten Ihre Pflegerente nur für einen versicherten und anerkannten Pflegegrad. Welche Pflegegrade Sie versichert haben, lesen Sie bitte in Ihrem Versicherungsschein nach.

a) Beginn und Dauer der Rentenzahlung

Ihr Anspruch besteht ab dem Monat, der durch ärztliche Feststellung bzw. den für die Pflegekasse zuständigen Medizinischen Dienst als Zeitpunkt des Eintritts der versicherten Pflegebedürftigkeit bescheinigt wird.

Ihr Anspruch besteht rückwirkend maximal für ein Jahr ab Anzeige des Pflegefalls bei uns. Einen rückwirkenden Anspruch auf Leistungen zahlen wir Ihnen in einem Betrag aus. Diese Regelung gilt sinngemäß, wenn sich die versicherte Pflegebedürftigkeit ändert.

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

b) Rentensteigerung aus der Überschussbeteiligung nach Rentenbeginn

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

c) Befreiung von Ihrer Beitragszahlung

Während der Rentenzahlung müssen Sie keine Beiträge für Ihre IDEAL PflegeStarter zahlen.

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

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

d) Keine Rückstufung bei Veränderung des Pflegegrades

Nach zwölf Monaten ununterbrochener Pflegerentenzahlung aufgrund des Pflegegrades 4 oder 5 bleibt Ihre Befreiung von Ihrer Beitragszahlung auch bestehen, wenn die Versicherte Person in einen geringeren Pflegegrad eingestuft wird. Ist zwischenzeitlich der vereinbarte Ablauftermin erreicht worden, endet Ihre IDEAL PflegeStarter jedoch.

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

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

e) Mindest-/Höchstrente

Es gelten folgende Mindest- und Höchstbeträge:

in den Pflegegraden 2 bis 5	mindestens 250 €	höchstens 4.000 €
in den Pflegegraden 2 bis 5	bei <u>Beitragsfreistellung</u>	mindestens 100 €

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

(2) Was erhalten Sie bei Tod der Versicherten Person?

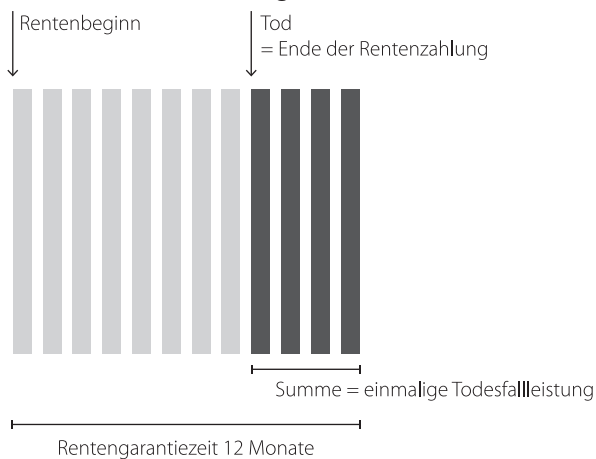
Stirbt die Versicherte Person, ohne dass sie zuvor pflegebedürftig in einem versicherten Pflegegrad geworden ist, zahlen wir 90 % Ihres Deckungskapitals aus. Darüber hinaus zahlen wir Ihre Überschüsse aus.

Stirbt die Versicherte Person, während sie in einem versicherten Pflegegrad mit Pflegerentenzahlung pflegebedürftig ist, zahlen wir zwölf Monatsrenten (Pflegerentengarantiezeit) als einmalige Todesfallleistung aus.

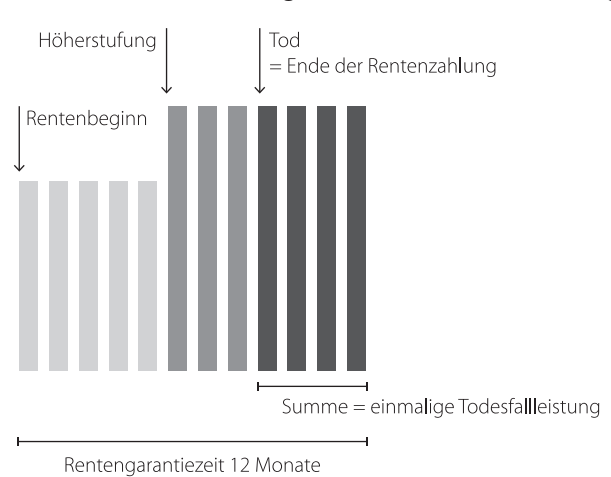
Die Höhe der Einmalzahlung als Todesfallleistung ermittelt sich wie folgt: Es ist die Rentenhöhe inklusive Überschussbeteiligung in dem zuletzt von uns anerkannten Pflegegrad maßgeblich. Die Anzahl der von uns bereits gezahlten Renten wird von den zwölf Monatsrenten abgezogen. Anschließend stellen wir die Rentenzahlung ein und Ihre IDEAL PflegeStarter erlischt.

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

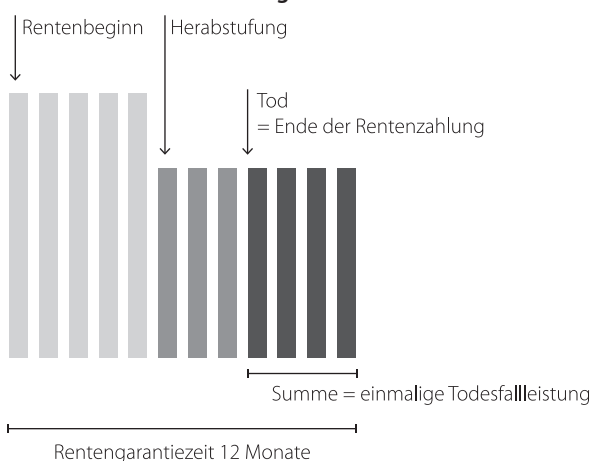
Tod innerhalb der Rentengarantiezeit



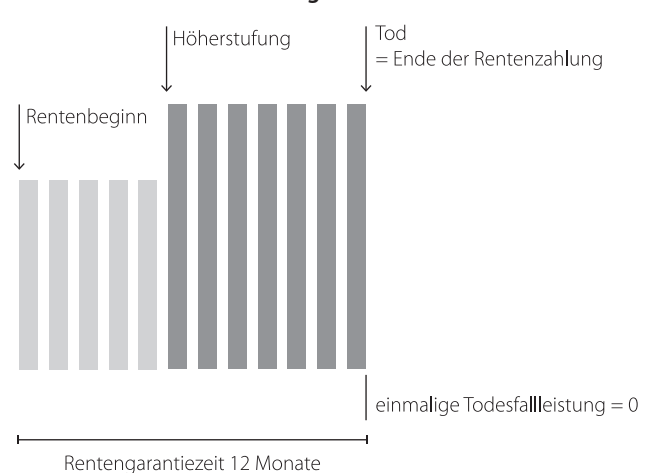
Tod innerhalb der Rentengarantiezeit nach Höherstufung



Tod innerhalb der Rentengarantiezeit nach Herabstufung



Tod nach Ablauf der Rentengarantiezeit



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

Grundsätzlich erhalten Sie als unser Versicherungsnehmer alle Auszahlungen aus Ihrer IDEAL PflegeStarter.

a) Bezugsberechtigung

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

Beispiel: Sie sind sowohl Versicherungsnehmer als auch Versicherte Person. Ihre Pflegerente soll Ihre Kosten im Pflegefall decken, Ihr Ehepartner soll das jedoch für Sie regeln. Sie erteilen daher folgendes Bezugsrecht:

- Für Ihre Pflegerente: Mein Ehepartner (Nachname, Vorname, Geburtsdatum) ist bezugsberechtigt.

Dabei gibt es zwei Arten von Bezugsrecht:

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

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

Darüber hinaus gilt:

b) Abtretung oder Verpfändung

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

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

a) Erforderliche Unterlagen bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Wenn Sie Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie, die Versicherte Person oder der berechtigte Dritte uns die Feststellung der versicherten Pflegebedürftigkeit unverzüglich anzeigen. Dabei gehen Sie bitte wie folgt vor:

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

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

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

In diesem Fall kann eine entsprechende Begutachtung durch einen unabhängigen Gutachter nach 4 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 IDEAL PflegeStarter entstanden sind, übernehmen wir in voller Höhe, wenn sie innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens entstanden und angemessen sind.

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

c) Weitere notwendige Nachweise bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

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

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

Darüber hinaus müssen Sie beziehungsweise die Versicherte Person

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

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

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

d) Auszahlung der Versicherungsleistung

Zur Feststellung der Leistungspflicht müssen Sie uns die erforderlichen Nachweise gemäß Absatz 4 a einreichen. Innerhalb einer Woche entscheiden wir, ob und ab welchem Termin ein Leistungsanspruch besteht. Die Frist beginnt, wenn alle erforderlichen Unterlagen zur Leistungsprüfung bei uns eingegangen sind.

- Haben Sie Anspruch auf Pflegerentenzahlung, zahlen wir die fälligen Pflegerenten sofort. Folgerenten werden jeweils zu Anfang des Monats im Voraus gezahlt. Zu viel gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.
- Unsere Leistungen werden dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten überwiesen. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

Falls die Nachweise noch nicht vollständig bei uns eingegangen sind und die Prüfung der Leistungspflicht dadurch nicht abgeschlossen werden kann, werden wir Ihnen das mit Hinweis auf die noch fehlenden Nachweise in regelmäßigem Abstand – mindestens alle drei Wochen – mitteilen.

e) Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit

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

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

Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir weitere notwendige Nachweise beziehungsweise Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen. Absatz 4 a gilt entsprechend.

f) Änderung des Umfangs beziehungsweise Wegfall der Pflegebedürftigkeit

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

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

Besteht kein Anspruch mehr auf eine Versicherungsleistung, wird Ihre IDEAL PflegeStarter zum nächsten Monatsersten in den Zustand vor Eintritt des Versicherungsfalls versetzt. War Ihre IDEAL PflegeStarter beitragspflichtig und ist die Beitragszahlungspflicht zwischenzeitlich nicht abgelaufen, müssen Sie Ihre Beitragszahlung wieder aufnehmen. Ist zwischenzeitlich der vereinbarte Ablauftermin erreicht worden, endet Ihre IDEAL PflegeStarter.

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

- Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass die Versicherte Person in einen höheren Pflegegrad einzuordnen ist, ändert sich nichts.
- Die Änderungsgründe beziehungsweise den Wegfall unserer Leistung werden wir Ihnen darlegen.

g) Tod der Versicherten Person

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

h) Besonders zu beachten:

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

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

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

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

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

(6) 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?

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

Die über den Garanziezins (siehe § 8 Absatz 3) hinausgehenden Überschüsse werden jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist der BaFin einzureichen.

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

a) Woraus entstehen Überschüsse?

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

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

b) Was geschieht als Nächstes mit den gutgeschriebenen Überschüssen?

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

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

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

a) Überschüsse aus der Kalkulation Ihrer Leistungen

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

b) Überschüsse aus der Kalkulation der Kosten

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

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

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

Ihre IDEAL PflegeStarter 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.

(3) Wie verwalten wir Ihre Überschüsse vor Rentenbeginn?

Sie erhalten vor dem Rentenbeginn laufende Überschussanteile. Diese Überschüsse werden angesammelt und laufend verzinst. Die Überschüsse schreiben wir Ihnen jährlich zum Ende eines Jahres gut.

Sie erhalten als laufende Überschussanteile:

- Zinsen in % des Deckungskapitals für die versicherte Pflegerente zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres
- Zinsen in % Ihrer bisher angesammelten Überschüsse

Dabei werden die Zinssätze wie folgt bestimmt:

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

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

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

Zum Rentenbeginn zahlen wir Ihnen Ihre Überschüsse aus.

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

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 ist ab Rentenbeginn garantiert und kann während des Rentenbezuges weder sinken noch entfallen.

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

Auch nach Rentenbeginn beteiligen wir Sie an den Überschüssen, die wir in Form einer Bonusrente an Sie weitergeben.

Diese besteht in einer jährlichen Erhöhung Ihrer Bonusrente.

Sie ermittelt sich aus den Zinsen in % des Deckungskapitals für die versicherte Pflegerente und die bisher gebildete Bonusrente zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres, die wir im Geschäftsbericht für das Kalenderjahr ausgewiesen haben, in dem die Versicherte Person pflegebedürftig wird.

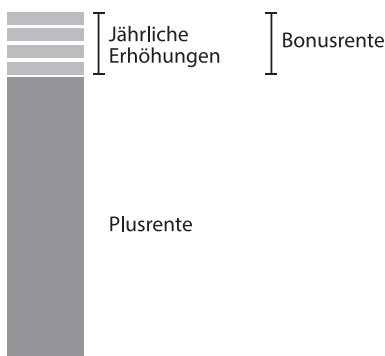
Da zu Rentenbeginn Ihre Überschüsse ausgezahlt werden, startet Ihre Bonusrente bei jedem Rentenbeginn mit null Euro. Die Erhöhung kann jedes Jahr unterschiedlich hoch sein.

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 bis zum Ende der Rentenzahlung garantiert und können daher nicht mehr sinken oder entfallen.

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

In der folgenden Grafik stellen wir Ihnen die in den Absätzen 4 und 5 beschriebene Zusammensetzung der zusätzlichen Renten noch einmal bildlich dar:



(6) Was erhalten Sie bei Tod der Versicherten Person?

Stirbt die Versicherte Person, ohne dass sie zuvor pflegebedürftig in einem versicherten Pflegegrad geworden ist, zahlen wir Ihre Überschüsse aus.

Stirbt die Versicherte Person, nachdem sie in einem versicherten Pflegegrad pflegebedürftig geworden ist, zahlen wir nichts aus. Das gilt auch, wenn die Versicherte Person vor ihrem Tod wieder genesen ist und zum Zeitpunkt ihres Todes keine Leistung aus Ihrer IDEAL PflegeStarter mehr gezahlt wird.

(7) Was erhalten Sie bei Ablauf der Versicherungsdauer?

Läuft die Versicherungsdauer ab, ohne dass die Versicherte Person zuvor pflegebedürftig in einem versicherten Pflegegrad geworden ist, zahlen wir Ihre Überschüsse aus.

(8) 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 IDEAL PflegeStarter bereits gutgeschriebenen Überschüsse können Sie Ihrer jährlichen Wertmitteilung entnehmen (siehe § 8 Absatz 5).

§ 3 Wann beginnt und wann endet Ihre Versicherung?

(1) Wann beginnt Ihre IDEAL PflegeStarter?

Ihre IDEAL PflegeStarter 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 auszuzahlen, entfallen (siehe § 4 Absatz 3).

(2) Wann endet Ihre IDEAL PflegeStarter?

Ihre IDEAL PflegeStarter endet

- zum vereinbarten Ablauftermin. Sollten wir zu diesem Zeitpunkt eine Pflegerente aus Ihrer IDEAL PflegeStarter zahlen, endet Ihre IDEAL PflegeStarter, sobald eine Pflegebedürftigkeit in einem versicherten Pflegegrad nicht mehr vorliegt,
- bei Tod der Versicherten Person,
- mit Beendigung durch Sie (siehe § 7) oder die IDEAL oder
- wenn Sie die Anschluss-Option (siehe § 16) ausüben.

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

Beginntermine gelten ab 0:00 Uhr, also immer ab der ersten Sekunde des genannten Tages.

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

§ 4 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?

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

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

a) Einlösungsbeitrag

So nennen wir Ihren ersten Beitrag, den Sie für Ihre IDEAL PflegeStarter zahlen. Haben Sie vereinbart, zum ersten Termin mehrere Beiträge zu zahlen, besteht Ihr Einlösungsbeitrag aus der Summe dieser Beiträge.

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

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 €. Von Ihrem Bankkonto werden 400 € abgebucht. Die Abbuchung beruht auf einem Fehler, weil eine weitere Rate für einen bereits ausgelaufenen Kredit abgebucht wurde. Auf Ihrem Bankkonto verbleiben 100 €. Wir können Ihren Beitrag über 150 € 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.

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

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

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

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

a) Einlösungsbeitrag

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

b) Folgebeitrag

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

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

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

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

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

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

(4) Wann endet Ihre Beitragszahlung?

Ihre Beitragszahlung endet

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

Zu viel gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.

(5) Welche Möglichkeiten haben Sie, Beitragszahlungen zu ändern oder auszulassen?**a) Änderung Ihrer Beitragszahlungen**

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

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

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

b) Beitragsfreistellung

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

b) Später können Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder erhöhen

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

Voraussetzungen für die Erhöhung sind:

- Die Verringerung Ihrer Beiträge oder die Beitragsfreistellung wurde vor maximal 36 Monaten durchgeführt.

- Die Versicherte Person ist nicht pflegebedürftig.
- Es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die Versicherte Person beantragt.

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

d) Beginnverlegung

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

Voraussetzungen für die Beginnverlegung sind:

- Ihre IDEAL PflegeStarter befindet sich im ersten Jahr der Vertragslaufzeit.
- Der Versicherungsbeginn wird um maximal vier Monate verlegt.
- Es ist die erste Beginnverlegung zu Ihrer IDEAL PflegeStarter.
- Auch hier gelten die Voraussetzungen für Vertragsänderungen (siehe § 6 Absatz 1). Wegen des speziellen Sachverhalts (die mögliche Erhöhung des Alters bei Beginn) weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass auch nach der Beginnverlegung das maximale Alter bei Beginn (siehe § 9 Absatz 2) nicht überschritten werden darf.

e) Beitragsverrechnung

Sie können eine Verrechnung von Beitragsrückständen beantragen. Voraussetzungen für die Beitragsverrechnung sind:

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

f) Beitragsstundung

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

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

g) Ablöse-Option

Sie können ab dem 13. Monat der Laufzeit Ihrer IDEAL PflegeStarter Ihre zukünftigen Beiträge durch Zahlung eines einmaligen Beitrags ablösen.

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

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

a) Untergrenzen

- Bei laufender Beitragszahlung darf Ihr Beitrag nicht weniger als 60 € 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 € betragen.

b) Obergrenzen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Haben Sie bei Abschluss eine Dynamisierung der Beiträge und Leistungen vereinbart, erhöhen wir vor Rentenbeginn Ihre versicherte Rente.

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.

Beispiel: Ihre garantierte Rente zum Versicherungsbeginn beträgt 100 €.

Damit beträgt jede Erhöhung $10\% \times 100\text{ €} = 10\text{ €}$. Ihre garantierte Rente beträgt also

ab dem Versicherungsbeginn	100 €
ab dem vierten Versicherungsjahr	$100\text{ €} + 10\text{ €} = 110\text{ €}$
ab dem siebten Versicherungsjahr	$110\text{ €} + 10\text{ €} = 120\text{ €}$

Die Erhöhungen setzen aus,

- wenn Sie einer Erhöhung innerhalb eines Monats nach dem Termin der Erhöhung widersprechen,
- wenn ein Beitragsrückstand besteht,
- wenn Sie den neuen Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten zahlen.

In diesen Fällen senden wir Ihnen im Folgejahr ein neues Erhöhungsangebot zu.

Die Erhöhungen enden

- mit der ersten Rentenzahlung aus Ihrer IDEAL PflegeStarter,
- wenn wir oder Sie Ihre IDEAL PflegeStarter vorzeitig beitragsfrei stellen,
- Ihre Rente die Höchstreute erreicht (siehe § 1 Absatz 1 e) oder
- wenn Sie drei Erhöhungsangeboten hintereinander widersprochen haben.

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

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

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

(1) Wie übermitteln wir die Informationen zu Ihrer IDEAL PflegeStarter?

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

Ausnahmen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Das gilt auch für eine Änderung Ihres Namens.

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

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

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

(Siehe § 1 Absatz 4)

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

(Siehe § 1 Absatz 5)

(9) Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

a) Welche Daten benötigen wir von Ihnen?

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

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

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

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

Alle diese Daten müssen Sie uns zur Verfügung stellen. Daten, die der Gesetzgeber nicht anfragt, werden wir auch nicht melden. Weitere Informationen hierzu können Sie Ihrem Steuerinformationsblatt entnehmen.

b) Wann fragen wir Sie nach diesen Daten?

Informationen dieser Art sind erforderlich

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

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

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

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

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

§ 6 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie während der Vertragslaufzeit?

Ihre IDEAL PflegeStarter 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.

(1) Was sind die Voraussetzungen für eine Vertragsänderung?

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

(2) Wie dokumentieren wir Ihre Vertragsänderungen?

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

(3) Welche Änderungen sind möglich?

a) Kündigung (siehe § 7)

b) Entnahme

Eine Entnahme ist nur aus Ihren Überschüssen möglich.

Für Ihre Entnahme gelten die folgenden Voraussetzungen:

- Ihre Entnahme muss mindestens 250 € betragen.
- Ihre Entnahme darf Ihre zum Zeitpunkt der Entnahme vorhandenen Überschüsse nicht übersteigen. Die Versicherte Person ist nicht pflegebedürftig und es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die Versicherte Person beantragt.

c) Beitragsfreistellung (siehe § 4 Absatz 5)

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

e) Änderung Ihrer Leistungen

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

Wenn Sie Ihre versicherten Leistungen erhöhen oder bisher nicht versicherte Leistungen einschließen wollen, legen wir eine weitere IDEAL PflegeStarter für Sie an. Dabei rechnen wir mit Grundlagen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung für das Neugeschäft verwenden.

Die Höchstrente (siehe § 1 Absatz 1 e) darf nicht überschritten werden. Es gelten die Voraussetzungen für Vertragsänderungen (siehe § 6 Absatz 1).

f) Weitere Änderungswünsche

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

§ 7 Was geschieht, wenn Sie Ihre IDEAL PflegeStarter kündigen?

Sie können Ihre IDEAL PflegeStarter während der Laufzeit immer zum nächsten Termin der Beitragszahlung kündigen. Sollte Ihre IDEAL PflegeStarter beitragsfrei sein, können Sie zum Ersten des nächsten Monats kündigen. Dabei gelten immer die Mitteilungsfristen gemäß § 5 Absatz 3. Zusätzlich gewählte optionale Leistungskomponenten (siehe Versicherungsschein) können Sie nur in Verbindung mit dem gesamten Vertrag kündigen.

Voraussetzung für eine Kündigung ist, dass die Versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens Ihrer Kündigung lebt und dass keine versicherte Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Als Nachweise können wir eine Lebensbescheinigung für die Versicherte Person und eine Bestätigung darüber verlangen, dass diese nicht pflegebedürftig in einem versicherten Pflegegrad ist.

(1) Welche Auswirkungen hat Ihre Kündigung?

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

(2) Was erhalten Sie bei Kündigung?

- a) Nach einer Kündigung zahlen wir Ihnen den Rückkaufswert vermindert um den Stornoabzug sowie die Überschussbeteiligung aus.
- b) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Kündigungstermin berechnete Deckungskapital Ihres Vertrags. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 10 Absatz 2).
- c) Von dem nach Absatz 2 b ermittelten Wert nehmen wir einen Stornoabzug in Höhe von 10 % vor. 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.
- d) Wir sind berechtigt, den nach Absatz 2 b und 2 c errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet (§ 169 Absatz 6 VVG).
- e) Noch nicht entrichtete Beiträge und sonstige Forderungen verrechnen wir.

(3) Welche Wahlmöglichkeiten haben Sie bei Kündigung?

a) Kündigung

Ihre IDEAL PflegeStarter endet.

b) Teilweise Kündigung

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

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

(4) Die Kündigung Ihrer Versicherung kann nachteilig sein.

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

Das liegt daran, dass im Versicherungsfall die vereinbarte Versicherungsleistung gezahlt wird, auch wenn erst ein Beitrag gezahlt worden ist. Nur den nicht für diese Risikoübernahme und Kosten 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. § 10) nur ein geringer Auszahlungsbetrag vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Auszahlungsbeträge vorhanden. Die garantierten Werte bei Kündigung lesen Sie bitte in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ nach.

(5) Wie können Sie Ihre Kündigung rückgängig machen?

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

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

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

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

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

Die einzelnen Werte von Versicherungen – wie Beiträge oder Leistungen – werden anhand von mathematischen Grundlagen unabhängig vom Geschlecht berechnet. Die verwendeten Grundlagen haben wir der BaFin mitgeteilt. Diese Grundlagen liefern zum Beispiel Antworten auf die folgenden Fragen:

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

Es gibt Statistiken darüber, wie lange Menschen eines jeden 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, Pflgetafeln 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 € 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 $100.000 \times 1 : 1.000 = 100$ € Beitrag von jeder dieser Personen.

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

Auch diese Frage lässt sich mithilfe von Ausscheideordnungen beantworten. Hierzu ein weiteres vereinfachtes Beispiel einer Rentenversicherung:

Wir sagen zwei Personen, die beide 65 Jahre alt sind, dass wir ihnen 100 € 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 $100 \times 12 \times 25 = 30.000$ € Beitrag von jeder der beiden Personen.

(3) Welche Zinsen beziehungsweise Überschüsse berücksichtigen wir?

a) Garantiezins:

So bezeichnen wir den Zinssatz, mit dem Ihr Deckungskapital verzinst wird und der in die Berechnung der garantierten Leistungen einfließt. Der Garantiezins wird Ihnen jährlich gutgeschrieben.

Die Höhe des Garantiezinses können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Darüber hinaus erhalten Sie eine nicht garantierte Überschussbeteiligung.

b) Überschüsse:

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

(4) Welche Kosten und Gebühren gibt es?

Siehe § 10.

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

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

§ 9 Wie alt ist die Versicherte Person?

(1) Wie bestimmen wir das Eintrittsalter?

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

Beispiele: Die Versicherte Person ist am 13.08.1970 geboren. Ihre IDEAL PflegeStarter beginnt am 01.03.2017.
Das Alter der Versicherten Person bei Versicherungsbeginn ist also $2017 - 1970 = 47$ Jahre.

Die Versicherte Person ist am 13.08.1970 geboren. Ihre IDEAL PflegeStarter beginnt am 01.10.2017.
Das Alter der Versicherten Person bei Versicherungsbeginn ist also ebenfalls $2017 - 1970 = 47$ Jahre.

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

- Das Mindestalter bei Beginn Ihrer IDEAL PflegeStarter beträgt 18 Jahre.
- Das maximale Alter der Versicherten Person bei Beginn Ihrer IDEAL PflegeStarter beträgt 60 Jahre.
- Das Alter der Versicherten Person bei Ende Ihrer IDEAL PflegeStarter beträgt 67 Jahre.

§ 10 Welche Kosten und Gebühren gibt es?

(1) Wodurch entstehen die Kosten?

a) Unsere Mitarbeiter werden zum Beispiel dafür bezahlt,

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

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

c) Darüber hinaus entstehen Ausgaben zum Beispiel für

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

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

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

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

(2) Welche Kosten haben wir bereits einkalkuliert?

a) Vor Rentenbeginn

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

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

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

Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Pflegerente vorhanden sind (siehe § 7). Die konkrete Entwicklung des Rückkaufswertes, der beitragsfreien Pflegerente und des Betrages, den wir Ihnen bei einem Rückkauf auszahlen, sehen Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“.

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

Üben Sie Ihre Ablöse-Option aus, berechnen wir Kosten in Höhe von 3 % des Einzahlungsbetrages.

Bei einer vollständigen Ablösung der Beitragszahlung sind Stückkosten von 60 € enthalten. Diese Kosten werden Ihnen nicht gesondert in Rechnung gestellt, sondern sind im zu zahlenden Ablösebeitrag bereits berücksichtigt.

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

b) Nach Rentenbeginn

Abschluss- und Vertriebskosten fallen nicht mehr an.

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

Die Höhe dieser Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt entnehmen.

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

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

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

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

(1) Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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 selbständig 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 dem gesetzlichen System, wie es in den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI geregelt ist. Im Folgenden nennen wir dieses Sozialgesetzbuch XI immer SGB XI. Wir beziehen uns immer auf den Stand vom 01.01.2017.

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

Verfahren B:

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

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

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

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

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

(a) Wie ermitteln sich die Gesamtpunktzahl und der Pflegegrad?

Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt in zwei Schritten.

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

Schritt 2: Anschließend werden die einzelnen Punktzahlen nicht einfach addiert, sondern zunächst unterschiedlich gewichtet. Einige Module spiegeln sich stärker in der Gesamtpunktzahl wider, andere weniger stark.

Generell fließen alle Module mit ihrer jeweiligen Gewichtung in die Gesamtpunktzahl ein. Nur bei Modul 2 und Modul 3 erfolgt zunächst ein Abgleich: Das Modul mit der höheren Punktzahl fließt ein, das Modul mit der niedrigeren Punktzahl fließt nicht mit ein. Nach diesem Abgleich erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl, aus der sich der Pflegegrad ergibt.

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

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

Modul	Umschreibung	Kriterien	Gewichtung
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld • örtliche Orientierung • zeitliche Orientierung • Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen • Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen • Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben • Verstehen von Sachverhalten und Informationen • Erkennen von Risiken und Gefahren • Mitteilen von elementaren Bedürfnissen • Verstehen von Aufforderungen • Beteiligen an einem Gespräch 	15 Prozent des Moduls mit dem höheren Wert
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 Abführungsmethoden, 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

Modul	Umschreibung	Kriterien	Gewichtung
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen • Ruhen und Schlafen • Sich beschäftigen • Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen • Interaktion mit Personen im direkten Kontakt • Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds 	15 Prozent

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

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

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

führen daher zu keiner Änderung der versicherten Leistungen aus diesem Vertrag.

Unter Umständen kann die Vorlage des Pflegegutachtens eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung als Nachweis der Pflegebedürftigkeit nicht ausreichen. Für diesen Fall müssen Sie uns die Pflegebedürftigkeit ärztlich nachweisen. Zum Beispiel können Sie den Nachweis mittels Gutachtens durch einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch andere unabhängige Gutachter erbringen. Einzelheiten zu den Nachweisen im [Versicherungsfall](#) lesen Sie bitte in § 1 Absatz 4.

(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 Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl) nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten einer anderen Person möglich ist.

b) Aufstehen und Positionswechsel

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

c) Verrichten der Notdurft

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

d) An- und Auskleiden

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

e) Waschen

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

f) Essen und Trinken

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

g) Kommunizieren

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

- die Versicherte Person kann von sich aus elementare Bedürfnisse nicht mehr oder nur noch durch nonverbale Reaktionen (Mimik, Gestik, Laute) mitteilen und
- die Versicherte Person antwortet auf Fragen lediglich mit wenigen Worten oder sie weicht meistens vom Gesprächsinhalt ab und

- die Versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und benötigt personelle Unterstützung bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (Telefon bedienen/halten, Brief- oder E-Mail-Kontakt).

h) Denkvermögen

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

- beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne notwendige Schritte regelmäßig vergisst und
- beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitäten.

oder die Versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,

- Personen aus dem näheren Umfeld (z. B. Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und
- sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung 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. ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (z. B. bei der Körperhygiene, der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet. Sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und äußert starke Ängste und Sorgen oder
- antriebslos und schwer depressiv ist. Sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig und/oder apathisch.

§ 12 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

(1) Verjährung von Ansprüchen aus Ihrem Versicherungsvertrag

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

(2) Welches ist die Vertragssprache?

Die Kommunikation erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

(3) Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(4) Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

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

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

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

(1) Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen im Ausland?

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

Das gilt auch für eine Nachprüfung der versicherten Pflegebedürftigkeit bei bereits eingetretener Leistungsverpflichtung wegen dauerhafter Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen. Reisekosten werden dafür von uns nicht übernommen. Kann die Versicherte Person diese Anspruchsvoraussetzung – egal aus welchen Gründen – nicht erfüllen, endet Ihre IDEAL PflegeStarter.

Soweit noch keine Pflegerentenzahlung durch uns anerkannt und geleistet ist, erstatten wir den Betrag, der bei Kündigung (siehe § 7) vereinbart ist. Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund dieser Regelung eine Versicherungsleistung unter Umständen nicht geltend machen können, da die Versicherte Person nicht reisefähig, der finanzielle Aufwand unverhältnismäßig hoch oder eine Rückkehr unwirtschaftlich sein könnte.

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

Tritt die versicherte Pflegebedürftigkeit infolge einer versuchten Selbsttötung ein, zahlen wir Ihre versicherte Leistung nur, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls zahlen wir den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist.

(3) Bei welchen Ereignissen leisten wir nicht?

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Eintritt versicherter Pflegebedürftigkeit

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

- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Selbstverletzung. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen werden.
- durch eine widerrechtliche Handlung des Versicherungsnehmers und der Versicherten Person, die vorsätzlich den Pflegefall herbeiführt.

In diesen Fällen endet Ihre IDEAL PflegeStarter und wir erstatten den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist.

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

(1) Was ist die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- a) Sie sind bis zur Annahme Ihres Antrags auf IDEAL PflegeStarter verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (zum Beispiel Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, aber auch für die von Ihnen abgegebenen Erklärungen zu von uns beschriebenen risikorelevanten Umständen.

Diese Anzeigepflicht gilt im Rahmen der Risikoprüfung, die Basis unserer Annahmeentscheidung 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 IDEAL PflegeStarter zurücktreten,
- Ihre IDEAL PflegeStarter kündigen,
- Ihre IDEAL PflegeStarter ändern oder
- Ihre IDEAL PflegeStarter wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

(3) Was geschieht, wenn wir zurücktreten?

- a) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von Ihrer IDEAL PflegeStarter 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 IDEAL PflegeStarter – 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 IDEAL PflegeStarter 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 IDEAL PflegeStarter unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir Ihre IDEAL PflegeStarter 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 IDEAL PflegeStarter, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe § 4). Ist eine Beitragsfreistellung nicht möglich, weil die Mindestrente nicht eingehalten wird, zahlen wir den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist, aus und Ihre IDEAL PflegeStarter endet.

(5) Was geschieht, wenn wir Ihre IDEAL PflegeStarter ändern?

- a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir Ihre IDEAL PflegeStarter 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 IDEAL PflegeStarter innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir die Gefahrabsicherung 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 IDEAL PflegeStarter anfechten?

Wir können Ihre IDEAL PflegeStarter auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen wurde. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 3 a gilt entsprechend.

(8) Was geschieht bei Leistungserweiterung/Wiederherstellung Ihrer IDEAL PflegeStarter?

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

(9) Wer ist der Erklärungsempfänger?

Wir üben unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir einen berechtigten Dritten zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 15 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

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

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

Innerhalb der ersten drei Jahre nach Beginn Ihrer IDEAL PflegeStarter 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 IDEAL PflegeStarter oder nach dem 60. Geburtstag der Versicherten Person muss ein bestimmtes Ereignis vorliegen, das Sie von der Notwendigkeit überzeugt hat, Ihre IDEAL PflegeStarter 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%.

(2) 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 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Anschluss-Option?

Sie können während der Laufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung in die IDEAL PflegeRente wechseln. Sie verlängern dadurch die Dauer Ihres Pflegeschutzes bis zum Lebensende der Versicherten Person. Dafür legen wir eine neue IDEAL PflegeRente an. Dabei rechnen wir mit Grundlagen, die wir zum Zeitpunkt Ihrer Ausübung der Option für das Neugeschäft verwenden. Ihre IDEAL PflegeStarter endet. Ihr Deckungskapital und Ihre Überschüsse werden ohne Berücksichtigung von Stornoabzug in die neue IDEAL PflegeRente eingezahlt. Von dem so übertragenen Wert werden wir keine erneuten beitragsbezogenen Kosten abziehen.

(1) Wann können Sie von der Anschluss-Option Gebrauch machen?

- Ihre IDEAL PflegeStarter muss mindestens zwölf Monate bestanden haben.
- Ihre IDEAL PflegeStarter hat noch eine restliche Laufzeit von mindestens 24 Monaten.

(2) Was sind die weiteren Voraussetzungen für die Anschluss-Option?

- Ihre Versicherungsleistungen dürfen nicht höher sein als in Ihrer IDEAL PflegeStarter.
- Sie dürfen keine Versicherungsleistungen aufnehmen, die in Ihrer IDEAL PflegeStarter nicht versichert sind.
- Die Versicherte Person war oder ist nicht pflegebedürftig.
- Es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die Versicherte Person beantragt.

IDEAL PflegeStarter

Ergänzende Bedingungen für die garantierte Rentensteigerung im Rentenbezug (EB_IPST_RENTENDYN_2017B)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Ergänzungen zu ...

... § 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Was für eine Rente erhalten Sie?

Was bedeutet die garantierte Rentensteigerung?

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

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

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

vom 01. bis zum 12. Monat		100 €
vom 13. bis zum 24. Monat	$100\text{ €} + 2\text{ €} =$	102 €
vom 25. bis zum 36. Monat	$102\text{ €} + 2\text{ €} =$	104 €
...		
ab dem 121. Monat	$118\text{ €} + 2\text{ €} =$	120 €

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

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

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

vom 01. bis zum 12. Monat		100 €
vom 13. bis zum 24. Monat	$100\text{ €} + 2\text{ €} =$	102 €
vom 25. bis zum 29. Monat	$102\text{ €} + 2\text{ €} =$	104 €

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

Sie erhalten künftig also

vom 30. bis zum 36. Monat	$150\text{ €} + 3\text{ €} + 3\text{ €} =$	156 €
vom 37. bis zum 48. Monat	$156\text{ €} + 3\text{ €} =$	159 €
...		
ab dem 121. Monat	$177\text{ €} + 3\text{ €} =$	180 €

IDEAL PflegeStarter

Ergänzende Bedingungen für die Sofortleistung (EB_IPST_SOFORT_2017B)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Ergänzungen zu ...

... § 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(6) Welche weiteren Leistungen erhalten Sie?

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

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

Andernfalls erlischt der Anspruch auf die Sofortleistung.

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

IDEAL PflegeStarter

Steuerinformationen

Einkommensteuer

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

Versicherungsleistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit sind im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen einkommensteuerfrei, wenn die Versicherungsleistung der Versicherten Person zukommt. **Versicherungsleistungen** aufgrund des **Todes** der Versicherten Person sind in vollem Umfang **einkommensteuerfrei**.

Erbschaftsteuer und Schenkungsteuer

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

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

Meldepflichten

Meldungen an das Finanzamt erfolgen u.a. bei

- Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer
- Versicherungsnehmerwechsel

Änderungen des Steuerrechts

Die allgemeinen Steuerhinweise gelten für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 01/2017). Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den Ausführungen nicht berücksichtigt.

Die oben angeführten Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei 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)