

IDEAL SterbeGeld

Vertragsinformationen Stand: 05.2018

Inhalt

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AB_ISG_2017A)	2
Allgemeine Bedingungen für die Rückholkostenversicherung	16
Besondere Bedingungen für die Pflege-Zusatzversicherung (BB_PRZ_2017A)	18

IDEAL SterbeGeld

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AB_ISG_2017A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen. Die Versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist. Versicherungsnehmer und Versicherte Person können unterschiedliche Personen sein. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhalt

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	3
§ 2	Wie erfolgt die Überschuss-Beteiligung?	4
§ 3	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	6
§ 4	Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	6
§ 5	Was gilt bei Selbsttötung der Versicherten Person?	7
§ 6	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	7
§ 7	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	8
§ 8	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen (Rückkauf) oder beitragsfrei stellen?	8
§ 9	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	11
§ 10	Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	12
§ 11	Wer erhält die Versicherungsleistung?	12
§ 12	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	13
§ 13	Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	13
§ 14	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	13
§ 15	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	13
§ 16	Wo ist der Gerichtsstand?	14
§ 17	Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?	14
	Anhang	15
	Allgemeine Bedingungen für die Rückholkostenversicherung	16

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistung bei Tod

(1) Versicherungen mit laufender Beitragszahlung – Staffelregelung

- a) Bei Tod der Versicherten Person ab dem 19. Monat nach dem Beginn der Versicherung zahlen wir die garantierte Versicherungssumme. In den ersten 9 Monaten ist die Versicherungsleistung auf die eingezahlten Beiträge beschränkt. Im 10. bis 12. Monat beträgt sie 25 %, im 13. bis 15. Monat 50 %, im 16. bis 18. Monat 75 % der Versicherungssumme, mindestens aber die eingezahlten Beiträge. Dazu kommt die Überschuss-Beteiligung (siehe § 2), die Sie in der „**Mitteilung der Wertentwicklung**“ sehen.
- b) Stirbt die Versicherte Person infolge eines Unfalls, den sie nach dem Beginn der Versicherung erlitten hat, zahlen wir die garantierte Versicherungssumme. Ein Unfall liegt vor, wenn die Versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(2) Versicherungen mit einmaliger Beitragszahlung – Staffelregelung

- a) Bei Tod der Versicherten Person ab dem 7. Monat nach dem Beginn der Versicherung zahlen wir die garantierte Versicherungssumme. In den ersten 6 Monaten ist die Versicherungsleistung auf den einmaligen Beitrag beschränkt. Dazu kommt die Überschuss-Beteiligung (siehe § 2), die Sie in der „**Mitteilung der Wertentwicklung**“ sehen.
- b) Stirbt die Versicherte Person infolge eines Unfalls, den sie nach dem Beginn der Versicherung erlitten hat, zahlen wir die garantierte Versicherungssumme. Ein Unfall liegt vor, wenn die Versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Zusätzliche Leistung bei Unfalltod (wenn vereinbart)

(3) Zusätzliche Leistung bei Unfalltod

Die zusätzliche Versicherungsleistung bei Unfalltod entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein. Stirbt die Versicherte Person infolge eines Unfalls, den sie nach dem Beginn der Versicherung erlitten hat, innerhalb eines Jahres nach dem Unfall an den Unfallfolgen, zahlen wir zusätzlich zur Leistung bei Tod (§ 1 Abs. 1 b und 2 b) noch einmal die Versicherungssumme.

Ein Unfall liegt vor, wenn die Versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(4) Mitwirkung von Gebrechen und Krankheiten am Unfalltod

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei einem durch ein Unfallereignis verursachten Tod mitgewirkt, reduziert sich die Leistung bei Unfalltod entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt die Minderung.

§ 2 Wie erfolgt die Überschuss-Beteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschuss-Beteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschuss-Beteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Nr.1),
- wie die Überschuss-Beteiligung Ihres konkreten Vertrages erfolgt (Nr. 2),
- nach welchen Berechnungsgrundsätzen Ihr Vertrag an den Überschüssen beteiligt wird (Nr. 3) und
- warum wir die Höhe der Überschuss-Beteiligung nicht garantieren können (Nr. 4).

(1) Wie ermitteln wir die Überschuss-Beteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

Dazu erklären wir Ihnen

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wir diese zuordnen c).

a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen **aa)**,
- dem Risikoergebnis **bb)** und
- dem übrigen Ergebnis **cc)**.

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschuss-Beteiligung der Versicherungsnehmer.

bb) Risikoergebnis

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Sterblichkeit der Versicherten niedriger ist, als die bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegte. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Todesfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen.

- b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschuss-Beteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellungen für die Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellungen zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.¹⁾

Wenn wir die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellungen heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

- c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir monatlich neu, zusätzlich individuell für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages.

(2) Wie erfolgt die Überschuss-Beteiligung Ihres Vertrages?

- a) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko, z.B. das Todesfallrisiko, zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Hat eine Gewinngruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen.

Ihre Versicherung gehört zur Gewinngruppe Bestattungs-Vorsorgeversicherung ohne Gesundheitsprüfung innerhalb der Bestandsgruppe Kapitalbildende Lebensversicherung.

- b) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen aus der oben genannten Gewinngruppe. Die Mittel für die Überschuss-Anteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschuss-Anteilsätze wird jedes Kalenderjahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschuss-Anteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie jederzeit auf unserer Internetseite abrufen.
- c) Bei Beendigung des Vertrags (durch Tod oder Kündigung) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(3) Welche Berechnungsgrundsätze gelten für Ihren Vertrag?

Im Folgenden informieren wir Sie über Bemessungsgrößen und Bewertungsstichtage der laufenden Überschussanteile und des Schluss-Überschuss-Anteils.

¹⁾ Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

a) Laufende Überschuss-Anteile

Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile:

- Zins-Überschuss: in Prozent des Deckungskapitals²⁾ zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahrs
Grund-Überschuss: in Prozent des Risikobeitrags der Versicherung für das abgelaufene Versicherungsjahr
Ansammlungszinsen: in Prozent des am Ende des abgelaufenen Versicherungsjahrs angesammelten Betrags der verzinslichen Ansammlung vor der Zuteilung von Grund- und Zins-Überschuss

Überschuss-Verwendung: Die laufenden Überschussanteile werden zur Bildung einer verzinslichen Ansammlung verwendet.

b) Schluss-Überschuss-Anteil

Die folgenden Schluss-Überschuss-Sätze werden jedes Geschäftsjahr neu festgelegt und gelten nur für die Leistungsfälle, die in dem Geschäftsjahr eintreten.

Schluss-Überschuss bei Tod

Besteht Ihre Versicherung mindestens 36 Monate (Wartezeit für Schluss-Überschuss bei Tod), wird im Todesfall ein Schluss-Überschuss gezahlt. Als Schluss-Überschuss wird für jedes volle zurückgelegte Jahr ein Promillesatz der Versicherungssumme gezahlt. Der Schluss-Überschuss wird auf einen Promillesatz der Versicherungssumme begrenzt.

Schluss-Überschuss bei Kündigung (Rückkauf)

Bei Rückkauf erhält Ihr Versicherungsvertrag einen anteiligen Schluss-Überschuss, wenn Ihr Versicherungsvertrag bereits 36 Monate (Wartezeit für Schluss-Überschuss bei Kündigung) bestanden hat. Der anteilige Schluss-Überschuss wird aus dem bei Tod fälligen Schluss-Überschuss berechnet und mit dem Verhältnis von dem Betrag, der bei Rückkauf fällig wird (siehe § 8 Abs. 3) zur Versicherungssumme reduziert.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschuss-Beteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschuss-Beteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschuss-Beteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen. Über den aktuellen Stand Ihrer Überschuss-Beteiligung werden Sie jährlich informiert.

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 6 Abs. 4 und § 7).

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

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die Versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.
- (2) Bei Ableben der Versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf den Betrag, der für den zum Todestag berechneten Rückkauf (§ 8 Abs. 3 bis 5) fällig wird. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland besteht Todesfallschutz, wenn die Versicherte Person zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles weder Streitkräften angehört hat, noch aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war.
- (3) Bei Ableben der Versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von

²⁾ Deckungskapital nennt man den für den Einzelvertrag berechneten Teil der Deckungsrückstellung des Bestandes.

radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf den Betrag, der für den zum Todestag berechneten Rückkauf (§ 8 Abs. 3 bis 5) fällig wird, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

- (4) Haben Sie eine zusätzliche Leistung bei Tod durch Unfall vereinbart und wird der Unfalltod verursacht durch
- Kernenergie oder ABC-Waffen,
 - Krieg, Bürgerkrieg oder innere Unruhen,
- besteht kein Versicherungsschutz für diese zusätzliche Leistung. Die Absätze 2 und 3 bleiben hiervon unberührt.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der Versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, 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 für den zum Todestag berechneten Rückkauf (§ 8 Abs. 3 bis 5) fällig wird.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Abs. 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
- (4) Haben Sie eine zusätzliche Leistung bei Tod durch Unfall vereinbart und wird der Unfalltod durch absichtliche Herbeiführung von Selbstverletzung oder Selbsttötung verursacht, besteht kein Versicherungsschutz für diese zusätzliche Leistung. Die Absätze 1 bis 3 bleiben hiervon unberührt.

§ 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Ist im Versicherungsschein ein späterer Versicherungsbeginn angegeben, zahlen Sie bitte diesen Beitrag innerhalb von 2 Wochen nach diesem Termin.
- (2) Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten je nach Fälligkeit zu zahlen. Die Fälligkeit richtet sich nach der Zahlungsweise und ergibt sich aus den Produktinformationen.
- (3) Erteilen Sie uns ein Mandat zur SEPA-Lastschrift, erfolgen die Lastschriften zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen.
- (4) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Abs. 2 vereinbarten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (6) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Zu den Voraussetzungen siehe § 8 Abs. 18.
- (7) Die Verpflichtung zur Beitragszahlung endet mit Ablauf des Monats, in dem die Versicherte Person stirbt. Die Beiträge sind längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu zahlen.
- (8) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 8 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen (Rückkauf) oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung (Rückkauf)

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Ersten des Monats der nächsten Beitragsfälligkeit schriftlich kündigen. Bei beitragsfreien Versicherungen ist die Kündigung immer zum Ersten des Folgemonats möglich. Im Fall der Kündigung erhalten Sie den für den Rückkauf fälligen Betrag, der sich nach den Absätzen 3 bis 7 ermittelt.
- (2) Sie können Ihre Versicherung auch teilweise kündigen und sich nur einen Teilbetrag auszahlen lassen, ohne die Versicherung zu beenden. Voraussetzung ist, dass der Teilbetrag mindestens 250 € beträgt und die verbleibende Versicherungssumme bei laufender Beitragszahlungsweise 1.500 € oder bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag 1.000 € nicht unterschreitet.

Nach einem Teilrückkauf wird die Versicherungssumme entsprechend mit dem noch zur Verfügung stehenden Deckungskapital nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation herabgesetzt.

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

a) Rückkaufswert

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 § 9 Absatz 3).

Für den Fall der Kündigung wird nachfolgender Stornoabzug vereinbart:

b) Stornoabzug

Der Stornoabzug beträgt bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag zum Versicherungsbeginn 3 %, bei allen anderen Versicherungen 6 % vom Rückkaufswert. Die Höhe des Prozentsatzes vermindert sich mit jedem zurückgelegten Versicherungsmonat gleichmäßig (linear fallend) bis zum rechnungsmäßigen Alter von 90 Jahren auf 0 %.

Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Im Anhang erläutern wir Ihnen die Gründe für den Stornoabzug.

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.

c) Auszahlungsbetrag bei Rückkauf

Der Auszahlungsbetrag im Fall des Rückkaufs entspricht dem Rückkaufswert zum Kündigungstermin abzüglich des Stornoabzuges.

Die genaue Höhe des Rückkaufswertes, des Stornoabzuges und des resultierenden Auszahlungsbetrages zum Jahrestag der Versicherung sehen Sie als Eurobetrag in den Garantiewerten der „**Mitteilung der Wertentwicklung**“.

(4) Von dem nach Abs. 3 ermittelten Auszahlungsbetrag bei Rückkauf werden Beitragsrückstände und Forderungen abgesetzt.

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

(6) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschuss-Anteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 5 berechneten Wert enthalten sind, sowie einen Schluss-Überschuss-Anteil, soweit ein solcher nach § 2 für den Fall eines Rückkaufs vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einem Rückkauf ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 2 Abs. 2 c zugeteilten Bewertungsreserven.

(7) Die Kündigung Ihrer Versicherung kann nachteilig sein:

Im Falle eines Rückkaufs kann der Rückkaufswert und damit der Auszahlungsbetrag geringer sein als die Summe der eingezahlten Beiträge. Das liegt daran, dass im Versicherungsfall die vereinbarte Versicherungsleistung gezahlt wird, auch wenn erst ein Beitrag gezahlt worden ist. Deshalb müssen die Beiträge aller, auch die von Ihnen eingezahlten, zur Deckung der Leistungen sowie Kosten der Versichertengemeinschaft herangezogen werden. Nur der nicht für die Risikübernahme und Kosten verbrauchte Beitragsanteil Ihrer Versicherung kann zur Bildung Ihres Deckungskapitals verwendet werden.

Bitte beachten Sie insbesondere § 9 zur Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten. Die garantierten Werte bei Rückkauf lesen Sie bitte in der „**Mitteilung der Wertentwicklung**“ nach.

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

Wiederherstellung nach Rückkauf

(9) Sie können mit unserer Zustimmung eine Wiederherstellung Ihrer Versicherung innerhalb von 6 Monaten ab Wirksamwerden der Kündigung vereinbaren. Voraussetzungen dafür sind:

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind gezahlt worden,
- die ausstehenden Beiträge bis zum Wiederherstellungstermin werden vollständig nachgezahlt oder verrechnet,
- ein ausgezahlter Betrag wird zum Wiederherstellungszeitpunkt vollständig zurückgezahlt.

Vertragserhaltende Maßnahmen bei Zahlungsschwierigkeiten

Sie können bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zum Ersten des Monats der nächsten Beitragsfälligkeit eine Beitragsfreistellung, Beitragsreduzierung, Beginnverlegung, Beitragsverrechnung oder Beitragsstundung beantragen. Dadurch verringert sich gegebenenfalls die Versicherungssumme.

Verlegen Sie den Beginn Ihrer Versicherung, werden die in Anspruch genommenen Monate der Beginnverlegung zu der unter § 1 Abs. 1 genannten Staffelregelung hinzugezählt.

Beitragsfreistellung (beitragsfreie Versicherungssumme)

(10) Anstelle einer Kündigung nach § 8 Abs. 1 können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zum Ersten des Monats der nächsten Beitragsfälligkeit schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab. Diese beitragsfreie Versicherungssumme wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Termin der Beitragsfreistellung unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach § 169 Abs. 3 VVG berechnet.

Für den Fall der Beitragsfreistellung wird außerdem folgender Stornoabzug vereinbart:

Der Stornoabzug beträgt 1 % des Rückkaufswertes. Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Im Anhang erläutern wir Ihnen die Gründe für den Stornoabzug.

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.

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

(11) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Bitte beachten Sie insbesondere § 9 zur Verrechnung der Kosten Ihres Vertrages. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und zu ihrer Höhe erhalten Sie in der „**Mitteilung der Wertentwicklung**“.

(12) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach § 8 Abs. 10 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 500 € nicht, erhalten Sie den bei Rückkauf fälligen Betrag nach § 8 Abs. 3 bis 6.

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

(13) Innerhalb von 6 Monaten ab dem letzten gezahlten Beitrag können Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Sie können die Beitragsfreistellung auch von vornherein auf maximal 6 Monate befristen. In diesem Fall setzt die Beitragszahlung automatisch nach Ablauf des gewünschten beitragsfreien Zeitraums wieder ein. Die nach Wiederinkraftsetzung dann wieder beitragspflichtige Versicherungssumme wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet. Dabei wird Ihrem Versicherungsvertrag der Stornoabzug, der bei der Berechnung der beitragsfreien Summe nach § 8 Abs. 10 abgezogen wurde, wieder gutgeschrieben. Erfolgt die Wiederinkraftsetzung nur teilweise, wird der entsprechend anteilige Stornoabzug gutgeschrieben.

Beitragsreduzierung

(14) Eine Beitragsreduzierung ist möglich, wenn die verbleibende Versicherungssumme mindestens 1.500 € und der Beitrag mindestens 24 € jährlich beträgt. Die versicherte Leistung nach Beitragsreduzierung wird mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet (siehe § 17 Abs. 1).

Bei der Beitragsreduzierung nehmen wir keinen Stornoabzug vor.

Wiedererhöhung nach Beitragsreduzierung

(15) Innerhalb von 6 Monaten ab Zahlung des ersten reduzierten Beitrags können Sie Ihren Beitrag wieder auf den Beitrag vor Beitragsreduzierung erhöhen. Sie können die Beitragsreduzierung auch von vornherein auf maximal 6 Monate befristen. In diesem Fall wird Ihr Beitrag nach Ablauf der Befristung automatisch auf den Beitrag vor der Beitragsreduzierung wiedererhöht. Die versicherte Kapitalleistung nach Wiedererhöhung wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet.

Beginnverlegung

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

- Die Beginnverlegung beträgt max. 4 Monate,
- das Höchsteintrittsalter wird nicht überschritten,
- der Vertrag ist nicht gekündigt.

Der Anspruch auf Beginnverlegung besteht nur einmal.

Beitragsverrechnung

(17) Kommen Sie ab dem 2. Versicherungsjahr in Zahlungsschwierigkeiten, können Sie mit unserer Zustimmung die Verrechnung Ihrer Beitragsrückstände beantragen. Die Verrechnung der Beiträge erfolgt mit dem Deckungskapital oder der verzinslichen Ansammlung. Die Modalitäten ergeben sich im Einzelnen aus einem Angebot, das wir Ihnen gern unterbreiten. Voraussetzungen hierfür sind, dass die Beitragsrückstände nicht mehr als 6 Monate betragen und der Vertrag nicht gekündigt wurde.

Beitragsstundung

(18) Unter nachfolgenden Voraussetzungen und mit unserer Zustimmung haben Sie die Möglichkeit auf Stundung der Beiträge bis zu 6 Monaten bei vollem Versicherungsschutz:

- Der Versicherungsvertrag besteht bereits 3 Jahre,
- die Beiträge für die ersten 3 Versicherungsjahre sind vollständig gezahlt,
- der Betrag bei einem Rückkauf ist höher als die zu stundenden Beiträge,
- der Vertrag ist nicht gekündigt.

Der Versicherungsnehmer zahlt den gestundeten Betrag unverzinst nach Ablauf des Stundungszeitraums innerhalb eines Monats in einem Betrag ein. Zahlen Sie Ihre Beiträge nicht fristgemäß oder nur teilweise zurück, verrechnen wir die offenen Beiträge mit dem vorhandenen Deckungskapital. Die Modalitäten ergeben sich im Einzelnen aus einem Angebot, das wir Ihnen gern unterbreiten.

Beitragsrückzahlung

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

§ 9 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

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

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

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

(3) 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 Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

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

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

(5) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (siehe § 8). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und beitragsfreien Versicherungssumme sowie ihren jeweiligen Höhen können Sie der „**Mitteilung der Wertentwicklung**“ entnehmen.

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

- (1) Nach Eintritt des Versicherungsfalls erteilt uns der Versicherungsnehmer, die Versicherte Person oder berechtigte Dritte jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Hierzu können wir notwendige Nachweise im Original verlangen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
- (2) Der Tod der Versicherten Person ist uns unverzüglich – der Unfalltod möglichst innerhalb von 48 Stunden – anzuzeigen. Außerdem sind uns einzureichen:
 - eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort der Versicherten Person,
 - bei Tod in den ersten 3 Jahren nach dem Beginn der Versicherung ein Nachweis darüber, dass es sich um einen natürlichen oder unnatürlichen Tod handelt,
 - bei Unfalltod ist immer ein ausführliches, ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der Versicherten Person geführt hat und zusätzliche Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen.

Für Versicherungen ohne zusätzliche Leistung bei Unfalltod gelten die Regelungen für den Unfalltod nur in den Monaten, in denen die Versicherungsleistung beschränkt ist (§ 1 Abs. 1).

Außerdem sind die Auskünfte nach § 13 zu erteilen.

- (3) Haben wir die erforderlichen Unterlagen zur Leistungsprüfung erhalten, entscheiden wir innerhalb einer Woche, ob ein Leistungsanspruch besteht. Besteht ein Anspruch, zahlen wir die auf den Todestag berechnete Todesfallleistung sofort.
- (4) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr. Noch nicht entrichtete Beiträge werden mit der auszahlenden Versicherungsleistung verrechnet.

§ 11 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag im Versicherungsfall erwerben soll (Bezugsberechtigter). Sie können auch mehrere Personen als Bezugsberechtigte benennen. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der Versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sofern wir Ihre Erklärung vor dem Versicherungsfall erhalten haben, kann über das Bezugsrecht und die Ansprüche aus der Versicherung nur noch mit Zustimmung des unwiderruflichen Bezugsberechtigten verfügt werden.
- (3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (§ 12 Abs. 1 und 2) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind und wir diese vor dem Versicherungsfall erhalten haben.
- (4) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind. Abtretungen oder Verpfändungen werden nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt werden.

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

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich 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. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. 1 entsprechend.

§ 13 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind derzeit insbesondere alle Umstände, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers
- maßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie der „Verbraucherinformation über in Deutschland geltende Steuerregelungen für Lebensversicherungen“ entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

§ 14 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Wir stellen Ihnen keine Kosten gesondert in Rechnung.

§ 15 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 16 Wo ist der Gerichtsstand?

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

Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

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

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlicher Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 17 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

Rechnungsgrundlagen

(1) Die garantierten versicherten Kapitalleistungen haben wir unter Berücksichtigung von vorsichtigen Annahmen – bezüglich der Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsentwicklung und der Kosten – kalkuliert.

Bei der Beitragskalkulation und der Berechnung der Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile verwenden wir die Sterbetafel IDEAL2012STG. Als Rechnungszins haben wir 0,9 % angesetzt. Die Rechnungsgrundlagen werden der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht mitgeteilt.

Die Kalkulation erfolgt geschlechtsneutral.

Bitte beachten Sie:

Folgen bei Nichtbeachtung von Verhaltensregeln

(2) Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Obliegenheit nicht vorsätzlich verletzt. Bei grob fahrlässiger Verletzung behalten Sie Ihren Versicherungsschutz, wenn die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat, ansonsten haben wir das Recht unsere Leistungen entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen. Dies gilt nicht bei Arglist. Bei vorsätzlicher Verletzung behalten Sie in diesen Fällen den Versicherungsschutz nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, unsere Interessen ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn Sie kein erhebliches Verschulden trifft.

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen.

Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

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

Versicherungsjahr

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

Vertragsprache

(5) Die Kommunikation erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

Anhang

Erläuterungen zu den Stornoabzügen

Die Kalkulation der Sterbegeldversicherung beruht darauf, dass das individuelle Risiko der Versicherten Person durch die Bildung einer großen Risikogemeinschaft (Versichertenbestand) getragen wird. Diese Risikogemeinschaft ist eine Mischung aus einzelnen Versicherungsverträgen mit höheren, durchschnittlichen und niedrigeren individuellen Risiken. Die Sterbegeldversicherung ist ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem die garantierte Versicherungssumme für den Versicherungsfall dauerhaft zugesagt ist. Die Beiträge und Leistungen sind unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird.

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

Hinsichtlich der Antiselektion sind die verschiedenen Interessenlagen von Risikogemeinschaft, Versicherer und dem Versicherungsnehmer, der seinen Vertrag kündigt, in besonderem Maße zu berücksichtigen. Die Belange der Versichertengemeinschaft müssen jederzeit zum Erhalt der Risikotragfähigkeit gewahrt bleiben. Mit dem Kündigungsrecht nach § 169 VVG wurde dem Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss ein Gestaltungsrecht für seinen Vertrag eingeräumt, diesen zu jeder Zeit unter Einbeziehung der aktuellen persönlichen Verhältnisse des Versicherungsnehmers und der Versicherten Person zu beenden. Dieses geschieht aus subjektiver Abwägung und möglicher persönlicher Vorteilsnahme gegenüber der Versichertengemeinschaft einseitig durch den kündigenden Versicherungsnehmer.

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

Mit dem Sterbegeldversicherungsvertrag werden dem Versicherungsnehmer die zugesagten Versicherungsleistungen garantiert. Darüber hinaus werden Optionen wie z. B. die Kündigungsmöglichkeit garantiert. Für diese Garantien muss der Versicherer entsprechendes Risikokapital (Solvenzkapital) aufbauen. Ein Teil davon wird durch die

Versichertengemeinschaft kollektiv bereitgestellt. Jeder Versicherungsvertrag trägt einen Anteil in der Risikogemeinschaft dazu bei. Bei Abschluss des Versicherungsvertrags partizipiert der Versicherungsnehmer an den bereits vorhandenen Solvenzmitteln der Risikogemeinschaft. Mit dem Laufe des Vertrages muss dieser selbst entsprechende Mittel zur Verfügung stellen. Diese gehen bei einer Vertragskündigung der verbleibenden Versichertengemeinschaft verloren und müssen deshalb durch einen Stornoabzug ausgeglichen werden. Die Solvenzmittel werden intern gebildet, da die alternative Finanzierung über externes Kapital für die Versichertengemeinschaft unwirtschaftlich ist.

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

IDEAL Lebensversicherung a.G. · Sitz der Gesellschaft Berlin
Handelsregister-Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Hauptverwaltung: Kochstraße 26 · 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Michael Westkamp
Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Olaf Dilge, Karlheinz Fritscher, Dr. Arne Barinka
Telefon: 030/ 25 87 -0 · Telefax: 030/ 25 87 -347 · E-Mail: info@ideal-versicherung.de · Nutzen Sie auch unseren Service im Internet unter www.ideal-versicherung.de

IDEAL SterbeGeld

Allgemeine Bedingungen für die Rückholkostenversicherung

Versicherte Person

Versicherte Person in der Rückholkostenversicherung im Ausland verstorbener Personen ist die Versicherte Person in der Sterbegeldversicherung.

Versicherte Leistung

Die IDEAL Lebensversicherung a.G. hat für Sie über die IDEAL Vorsorge GmbH die Kosten versichert, die bei Tod der Versicherten Person im Ausland für deren Überführung aus dem Ausland auf direktem Weg per Kraft- oder Luftfahrzeug zum Begräbnisort in der Bundesrepublik Deutschland entstehen.

Die Kosten eines Überführungs-/Zinksargs einschließlich der Einbalsamierung sind bis zu 1.030 € versichert, soweit diese Maßnahmen durch gesetzliche Regelungen am Sterbeort oder Bestimmungen des überführenden Luftfahrtunternehmens vorgeschrieben sind.

Insgesamt werden maximal

- 5.200 € für eine Rückholung aus dem europäischen Ausland bzw.
- 10.300 € für eine Rückholung aus dem außereuropäischen Ausland erstattet.

Dem in Deutschland ausführenden Bestatter werden pauschal 103 € für Kosten gezahlt.

Zusätzlich werden die Mehrkosten (im Verhältnis zur gebuchten Reise), die durch den Tod der Versicherten Person für die Rückreise des überlebenden Ehepartners bzw. des in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partners des Versicherten aus dem Ausland zum Wohnort in die Bundesrepublik Deutschland per Kraft- oder Luftfahrzeug entstehen, bis zu 2.560 € erstattet.

Als Ausland gilt jedes Land mit Ausnahme der Bundesrepublik und der Länder, in denen die Versicherte Person ihren Erst- oder Zweitwohnsitz hat.

Ausschlüsse

Ausgeschlossen ist der Ersatz von Kosten,

- soweit ein anderer Kostenträger (z. B. eine entsprechende Reise- oder Krankenversicherung) die Kosten ersetzt,
- wenn der Tod unmittelbar oder mittelbar durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen verursacht wurde,
- wenn der Tod durch innere Unruhen verursacht wurde und die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- wenn der Tod von der Versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurde (Selbsttötung).

Bestehen für die Versicherte Person bei der IDEAL Vorsorge GmbH bzw. der IDEAL Lebensversicherung a.G. mehrere Versicherungs- oder Bestattungsvorsorgeverträge, für die eine Rückholkostenversicherung für im Ausland verstorbene Personen ohne Mehrbeitrag abgeschlossen ist, kann die Versicherungsleistung nur aus einem dieser Verträge in Anspruch genommen werden.

IDEAL Lebensversicherung a.G. · Sitz der Gesellschaft Berlin
Handelsregister-Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Hauptverwaltung: Kochstraße 26 · 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Michael Westkamp
Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Olaf Dilge, Karlheinz Fritscher, Dr. Arne Barinka
Telefon: 030/ 25 87 -0 · Telefax: 030/ 25 87 -347 · E-Mail: info@ideal-versicherung.de · Nutzen Sie auch unseren Service im Internet unter www.ideal-versicherung.de

Beitrag und Dauer des Versicherungsschutzes

Die Rückholkostenversicherung ist für Sie ohne Mehrbeitrag.

Der Versicherungsschutz aus der Rückholkostenversicherung endet

- mit Beendigung des Versicherungsvertrages bei der IDEAL Lebensversicherung a.G.
- mit vorzeitiger Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages bei der IDEAL Lebensversicherung a.G.
- mit dem Widerruf durch die IDEAL Vorsorge GmbH.

Der Widerruf ist nur aus wichtigem Grund möglich. Dieser liegt insbesondere dann vor, wenn die IDEAL Vorsorge GmbH keinen Versicherungsschutz für das Rückholkostenrisiko am deutschen Versicherungsmarkt mit zu Beginn des Vertrages vergleichbaren Konditionen auf Basis dieser Bedingungen erhält. Im Fall des Widerrufs werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Erforderliche Nachweise

Zur Leistungsregulierung sind folgende Unterlagen in deutscher Sprache bzw. in beglaubigter Übersetzung erforderlich:

- der amtliche Nachweis über den Todeszeitpunkt und den Todesort,
 - eine Bestätigung der Todesart durch einen Arzt oder eine Polizeibehörde,
 - Kopien des Schriftwechsels mit dem Bestatter sowie die Originalrechnung des Bestatters,
 - die Originalrechnung des mit der Überführung beauftragten Unternehmens,
 - Fotokopie des Versicherungsscheines der IDEAL Lebensversicherung a.G.
-

Mitteilungen

Mitteilungen, insbesondere die Meldung des Todesfalls, richten Sie bitte an:

IDEAL Vorsorge GmbH

Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe

Kochstraße 26 • 10969 Berlin

Tel. 030/ 25 87 -259 bzw. aus dem Ausland Tel. +(49) 30 25 87 -259

IDEAL SterbeGeld

Besondere Bedingungen für die Pflege-Zusatzversicherung (BB_PRZ_2017A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen. Die Versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist. Versicherungsnehmer und Versicherte Person können unterschiedliche Personen sein. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Besonderen Bedingungen für die Pflege-Zusatzversicherung (BB_PRZ_2017A).

Soweit in den Besonderen Bedingungen keine besonderen bzw. ergänzenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung.

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	19
§ 2	Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	19
§ 3	Wie erfolgt die Überschuss-Beteiligung?	24
§ 4	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	24
§ 5	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	25
§ 6	Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	26
§ 7	Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?	29
§ 8	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	29
	Anhang	30

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wird die Versicherte Person ab dem 37. Monat nach Beginn der Versicherung und während der Dauer der Zusatzversicherung pflegebedürftig in Pflegegrad 4 oder 5 im Sinne von § 2, sind für die Dauer der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 keine weiteren Beiträge zur Hauptversicherung und Zusatzversicherung zu zahlen.
- (2) Wird die Versicherte Person infolge eines Unfalls, den sie nach dem Beginn der Versicherung erlitten hat, pflegebedürftig im Sinne von § 2, besteht der Versicherungsschutz bereits ab Beginn. Ein Unfall liegt vor, wenn die Versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung der Haupt- und Zusatzversicherung besteht frühestens zum Ersten des Monats, zu dem der Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 bescheinigt wird.

Ein rückwirkender Anspruch auf Beitragsbefreiung der Haupt- und Zusatzversicherung besteht maximal für ein Jahr ab Anzeige des versicherten Pflegefalls bei uns unter Einreichung der Nachweise (vgl. § 6). Den rückwirkenden Anspruch zahlen wir Ihnen in einem Betrag aus.
- (4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt zum Ende des Monats, in dem die Versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne von § 2 ist.
- (5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen die Beiträge weitergezahlt werden. Bei Anerkennung der Leistungspflicht zahlen wir die überzahlten Beiträge zurück.
- (6) Tritt Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 oder 5 im Sinne von § 2 innerhalb der ersten 36 Monate nach Beginn der Versicherung ein und ist diese nicht unfallabhängig, erlischt die Zusatzversicherung und wir erstatten die für die Zusatzversicherung gezahlten Beiträge.
- (7) Bei Tod der Versicherten Person werden keine Leistungen aus dieser Zusatzversicherung fällig.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

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

Zur Einstufung in einen Pflegegrad können verschiedene Verfahren angewendet werden. Für ein besseres Verständnis beschreiben wir Ihnen das komplette System der Pflegegrade. Eine Leistung aus Ihrer Pflege-Zusatzversicherung erhalten Sie jedoch nur, wenn Sie in Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft werden. Werden Sie in einen geringeren Pflegegrad eingestuft, erhalten Sie die beschriebenen Leistungen nicht.

Bei der Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit folgen wir 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 für Ihren Vertrag immer auf den Stand vom 01.01.2017.

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

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

(2) Was ist der Pflegegrad?

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

(3) 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 	
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

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

Wir haben in Absatz 1 beschrieben, dass wir uns immer auf das SGB XI mit Stand von 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 § 6.

(5) Wie funktioniert das Punktesystem?

Für jede der folgenden Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich der beschriebenen Hilfe einer anderen Person bedarf, erhält sie einen Punkt. Dies 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 Erreichen einer Hand oder eines Hilfsmittels verändern.

c) Verrichten der Notdurft

Der Punkt ist erreicht, wenn die Versicherte Person 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, Wannenaufsteiger) nur mit Hilfe einer anderen Person ein akzeptables Maß an Körperhygiene einhalten und sich nur in geringem Maße beim Waschen (z. B. Intimbereich, Haare), Duschen, Baden und Abtrocknen selbst beteiligen kann.

Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, fällt nicht unter diesen Punkt.

f) Essen und Trinken

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

g) Kommunizieren

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

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

h) Denkvermögen

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

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

oder die Versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,

- Personen aus dem näheren Umfeld (z. B. Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und
- sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurecht zu finden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen und
- sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (z. B. Mittagessen) zu erkennen und
- einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen zu verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

i) Umgang mit Emotionen

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

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (z. B. bei der Körperhygiene, der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet. Sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und äußert starke Ängste und Sorgen oder

- antriebslos und schwer depressiv ist. Sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig und/oder apathisch.

§ 3 Wie erfolgt die Überschuss-Beteiligung?

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

Abweichend zur Hauptversicherung ist die Zusatzversicherung nicht an den Bewertungsreserven beteiligt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschuss-Beteiligung der Zusatzversicherung

- a) Ihre Zusatzversicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gruppe, die in § 3 Abs. 2 b genannt ist. Die Mittel für die Überschuss-Anteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschuss-Anteilsätze wird jedes Kalenderjahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschuss-Anteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie jederzeit bei uns anfordern.
- b) Ihre Versicherung gehört zur Gewinn- und Bestandsgruppe Pflegerentenversicherungen. Die Verteilung der Überschüsse für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang diese zu ihrer Entstehung beigetragen haben.

Als Überschuss-Beteiligung erhalten beitragspflichtige Zusatzversicherungen einen Sofortrabatt in Prozent des Bruttojahresbeitrages. Der Sofortrabatt wird mit den fälligen Beiträgen anteilig verrechnet. Eine Anpassung des Sofortrabatts ist nur jeweils zum Jahrestag der Versicherung möglich.

Erbringen wir eine Leistung gemäß § 1, wird während der Leistungsdauer keine Überschuss-Beteiligung für die Zusatzversicherung gezahlt.

Bewertungsreserven und Schlussüberschüsse fallen nicht an.

(3) Information über die Höhe der Überschuss-Beteiligung

Die Höhe der Überschuss-Beteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschuss-Beteiligung kann also nicht garantiert werden.

Sofern sich der Sofortrabatt ändert, werden wir Sie informieren. Anpassungen des Sofortrabatts sind nur zum Jahrestag der Versicherung möglich.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Versicherungsfälle, die verursacht sind

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

In diesen Fällen endet die Zusatzversicherung ohne Leistung.

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

- (1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. 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.

Diese Anzeigepflicht gilt im Rahmen der Risikoprüfung, die Grundlage unserer Annahmehentscheidung ist.

- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen und Abgabe der Erklärungen verantwortlich.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen 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.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtsverletzung

- (4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
- vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen
 - den Vertrag ändern oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (6) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgenden Voraussetzungen 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 war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

- (7) Wird die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (8) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (9) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz), geschlossen hätten.
- (10) Kündigen wir die Zusatzversicherung, erlischt diese.

Vertragsanpassung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter 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 Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der nächsten Beitragsfälligkeit Vertragsbestandteil.
- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (13) 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 Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (14) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (15) 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.
- (16) 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.

Anfechtung

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

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

- (18) Die Abs. 1 bis 17 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Abs. 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- (19) Die Ausübung unserer Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, 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 den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

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

(1) Erforderliche Unterlagen bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Wenn Sie Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie, die Versicherte Person oder der berechnigte 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 Absatz 3 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.

(2) Übernahme von Gebühren bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Ärztliche Gebühren, die zur Begründung Ihres Leistungsanspruchs aus Ihrer Pflege-Zusatzversicherung 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.

(3) 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.

(4) Auszahlung der Versicherungsleistung

Zur Feststellung der Leistungspflicht müssen Sie uns die erforderlichen Nachweise gemäß Absatz 1 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.

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.

(5) 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, müssen die Beitragszahlung ab der nächsten Fälligkeit 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 3a gilt entsprechend.

(6) 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 nicht mehr pflegebedürftig in Pflegegrad 4 oder 5 ist, wird die Versicherungsleistung mit Ablauf des Monats, in dem die Minderung eingetreten ist, eingestellt. Zu viel erhaltene Versicherungsleistungen sind zurückzuzahlen. Die Beiträge für die Haupt- und Zusatzversicherung sind ab dem Folgemonat nach Wegfall des versicherten Pflegegrades wieder zu zahlen.

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

(7) Besonders zu beachten:

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

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

Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles 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.

§ 7 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

Rechnungsgrundlagen für die Zusatzversicherung

(1) Bei der Beitragskalkulation und der Berechnung der Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile verwenden wir für das Todes- und Pflegefallrisiko Ausscheideordnungen (Pflege- und Sterbetafeln IDEAL2012PFL). Der Rechnungszins beträgt 0,9 %. Die Rechnungsgrundlagen werden der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht mitgeteilt.

Die Kalkulation erfolgt geschlechtsneutral.

Weitere Informationen dazu finden Sie auf den Internetseiten der IDEAL unter www.ideal-versicherung.de.

Beitragsanpassung bei verändertem Leistungsbedarf

(2) Unter folgenden Voraussetzungen können wir die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung bei unveränderter Leistung erhöhen:

- wenn sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
- wenn der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten.

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

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

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

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen wurde (Hauptversicherung), eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.

(2) Die Zusatzversicherung erlischt, wenn Sie die Hauptversicherung zurückkaufen oder in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Aus der Zusatzversicherung wird kein zusätzlicher Betrag fällig.

(3) Sofern keine Leistung aus der Zusatzversicherung erbracht wird, können Sie diese zum Ende eines jeden Monats kündigen. Wird die Zusatzversicherung gekündigt, fällt kein Betrag zur Rückzahlung an.

(4) Wird der Beitrag der Hauptversicherung verringert oder erhöht, wird die Zusatzversicherung entsprechend angepasst.

(5) Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschuss-Beteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.

(6) Besteht ein Leistungsanspruch aus der Zusatzversicherung und wird die Hauptversicherung gekündigt, endet der Leistungsanspruch aus der Zusatzversicherung zum Kündigungstermin. Die Zusatzversicherung erlischt ohne Gegenwert.

(7) Ansprüche aus der Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(8) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Anhang

SGB XI (Sozialgesetzbuch XI)

Im SGB XI sind die Kriterien geregelt, nach denen die Bewertung einer Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgen. Dabei ist der Stand vom 01.01.2017 maßgebend. Gesetzesänderungen nach diesem Termin führen zu keiner Leistungsänderung in der Pflegerente aus Ihrer IDEAL PflegeRente.

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

§ 14 SGB

Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

1. Mobilität:

Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung:

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

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandwechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

§ 15 SGB

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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

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

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

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

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

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

Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

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

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

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

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

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

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

Anlage 1 zu § 15: Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

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

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

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

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

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

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

Die Fähigkeit ist

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

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

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

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

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich Selbstversorgung

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

Das Modul umfasst zwölf Kriterien:

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

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

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

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

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

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

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

Besonderheiten bei Kindern

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

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

Besonderheiten bei Sondenernährung

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

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

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

Besonderheiten bei parenteraler Ernährung

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

- teilweise: 5 Punkte
- vollständig: 12 Punkte

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

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

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
	in Bezug auf				
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2
5.13	Arztbesuche	0		4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0		4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0		8,6	2
5.k	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0		4,3	1

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

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

Erläuterungen zur Modulbewertung im Modul 5

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

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

für die Kriterien 5.1 bis 5.7:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:

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

für die Kriterien 5.8 bis 5.11:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:

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

für die Kriterien 5.12 bis 5.15 und 5.K:

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

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

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

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

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

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

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

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

Module	Gewichtung	0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste	
1 Mobilität		0–1	2–3	4–5	6–9	10–15	Summe der Punkte im Modul 1
	10 %	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		0–1	2–5	6–10	11–16	17–23	Summe der Punkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 %	0	1–2	3–4	5–6	7–65	Summe der Punkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung		0–2	3–7	8–18	19–36	37–60	Summe der Punkte im Modul 4
	40 %	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen		0	1	2–3	4–5	6–15	Summe der Punkte im Modul 5
	20 %	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakt		0	1–3	4–6	7–11	12–18	Summe der Punkte im Modul 6
	15 %	0	3,75	7,5	11,256	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					

IDEAL SterbeGeld

Steuerinformationen

Einkommensteuer

Die **Beiträge** können bei einer Veranlagung zur Einkommensteuer **nicht** als Vorsorgeaufwendungen im Rahmen der Sonderausgaben abgezogen werden.

Erlebensfalleistungen einschließlich des **Rückkaufswerts** sind einkommensteuerpflichtig. Steuerpflichtig ist die Differenz zwischen der fällig werdenden Leistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Sparanteil) inklusive der Beiträge für das Todesfallrisiko. Beiträge für Zusatzversicherungen sowie Beitragsanteile für weitere Versicherungsfälle (z. B. Pflegebedürftigkeit) dürfen nicht berücksichtigt werden. Bei mehreren Auszahlungsterminen ist die Beitragssumme anteilig zu ermitteln.

Die Kapitalertragsteuer von **25 % zuzüglich 5,5 % Solidaritätszuschlag sowie gegebenenfalls individuellen Kirchensteuerzuschlags** ist von uns einzubehalten und an das Finanzamt abzuführen.

Wir sind gesetzlich verpflichtet, im Fall eines steuerpflichtigen Rückkaufes beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) die Religionszugehörigkeit abzurufen. Für Angehörige einer steuererhebenden Religionsgemeinschaft teilt uns das BZSt das „Kirchensteuerabzugsmerkmal“ (KISTAM) mit Religionsgemeinschaft und Steuersatz mit.*

Für das Jahr der Auszahlung erteilte Freistellungsaufträge werden wir beachten.

Versicherungsleistungen, die aufgrund des Todes der Versicherten Person oder des Eintritts der Schwerstpflegebedürftigkeit (sofern vereinbart) gezahlt werden, sind in vollem Umfang **einkommensteuerfrei**.

Auch Veräußerungsgewinne (Differenz zwischen erhaltenem Kaufpreis und den Anschaffungs- und Veräußerungskosten) sind steuerpflichtig. Als Einkünfte aus Kapitalvermögen unterliegen diese ebenfalls der Abgeltungsteuer.

Bei verkauften Lebensversicherungen kommt im Todesfall der hälftige Unterschiedsbetrag für die Ermittlung der steuerpflichtigen Leistung (Unterschiedsbetrag zwischen ausgezahlter Risikoleistung und den Aufwendungen für den Erwerb und Erhalt des Versicherungsanspruchs) nicht zur Anwendung (vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 7 Halbsatz 2 EStG).

Sie erhalten eine entsprechende Steuerbescheinigung.

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.

* Sofern Sie die Kirchensteuer nicht über uns abführen lassen wollen, sondern durch Ihr Finanzamt erheben lassen möchten, können Sie der Übermittlung widersprechen (Sperrvermerk). Das geht nur über einen amtlich vorgeschriebenen Vordruck, den Sie unter www.formulare-bfinv.de unter dem Stichwort „Kirchensteuer“ abrufen können bzw. bei Ihrem Finanzamt erhalten. Wir halten diese Formulare nicht vor. Die Sperrvermerkserklärung muss spätestens zwei Monate – vor einem steuerpflichtigen Auszahlungsvorgang bei uns – beim BZSt abgegeben sein, damit der Sperrvermerk berücksichtigt werden kann. Nur in diesem Fall, dass eine Abfrage durch uns gesperrt ist, erfolgt keine Abführung durch uns. Ihr Finanzamt wird dann entsprechend informiert und Sie werden wegen Ihrer Sperre zur Abgabe einer Kirchensteuererklärung aufgefordert.

Meldepflichten

Meldungen **an das Finanzamt** erfolgen u.a. bei

- Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer
 - Versicherungsnehmerwechsel
 - Veräußerungen von kapitalbildenden Lebensversicherungen
-

Änderungen des Steuerrechts

Die allgemeinen Steuerhinweise gelten für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 01/2015). 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).