IDEAL TotalProtect

Vertragsinformationen Stand: 01.2022

Inhalt

Versicherer- und Verbraucherinformationen	1
Widerrufsbelehrung	5
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die IDEAL TotalProtect (AB_ITP_2022A)	9
Anlage 1 zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die IDEAL TotalProtect	33
Lexikon zu Ihrer IDEAL TotalProtect	39
Steuerinformationen	51

broschuere_itp_0122

IDEAL Lebensversicherung a.G.
Ein Unternehmen der **IDEAL** Gruppe
Kochstraße 26 • 10969 Berlin
www.ideal-versicherung.de

IDEAL Versicherung

Versicherer- und Verbraucherinformationen (Stand: 01.2022)

Im Folgenden erhalten Sie Informationen nach § 1 und § 2 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

1. Wer ist Ihr Versicherer?

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

2. Was ist die ladungsfähige Anschrift und wer sind die Vertretungsberechtigten?

Unsere Anschrift: IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin
Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Karlheinz Fritscher, Antje Mündörfer, Maximilian Beck

3. Was ist die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers?

Die Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der Lebensversicherung.

4. Welche Sicherungseinrichtungen gibt es?

Zur Absicherung der Ansprüche aus Ihrer IDEAL TotalProtect besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds nach § 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes, der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, angelegt ist. Die IDEAL Lebensversicherung a.G. gehört dem Sicherungsfonds an. Im Sicherungsfall (zum Beispiel, wenn wir zahlungsunfähig sind) wird die Aufsichtsbehörde die Versicherungsverträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Diese gesetzliche Einrichtung hat die Aufgabe, die Versicherungsnehmer, Versicherte Personen, Bezugsberechtigte und sonstige aus dem Versicherungsvertrag begünstigte Personen vor der Zahlungsunfähigkeit des Versicherers zu schützen.

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

a) Für Ihre IDEAL TotalProtect gelten folgende Versicherungsbedingungen:
   - Allgemeine Versicherungsbedingungen für Ihre IDEAL TotalProtect (AB-ITP-2022A)

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

   entnehmen.

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

vi_itp_0122

6. Was ist der Gesamtpreis Ihrer IDEAL TotalProtect?

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

7. Welche zusätzlichen Kosten fallen an?

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

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

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

Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe finden Sie in § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihre IDEAL TotalProtect (AB-ITP-2022A).

9. Wo finden Sie Angaben zum Rückkaufswert?

Ihre IDEAL TotalProtect bietet die Möglichkeit des Rückkaufs. Die Rückkaufswerte sind vertraglich garantiert. Informationen zu deren Höhe finden Sie in der Mitteilung der Wertentwicklung.

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

Bei Verträgen gegen laufende Beitragszahlung besteht vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer die Möglichkeit der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung. Die Höhe der garantierten beitragsfreien Versicherungsleistungen finden Sie in der Mitteilung der Wertentwicklung sowie in § 1 Absatz 3 a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihre IDEAL TotalProtect (AB-ITP-2022A).

Den Mindestversicherungsbetrag können Sie § 6 Absatz 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihre IDEAL TotalProtect (AB-ITP-2022A) entnehmen.

11. Welche Leistungen sind garantiert?

Alle in der Mitteilung der Wertentwicklung gemäß Punkt 9 und 10 genannten Werte sind in der bezifferten Höhe vertraglich garantiert.

12. Welche Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung gelten?

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

Insbesondere möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags (Einlösungsbeitrag) – solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten können. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, außer Sie weisen nach, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Auch wenn Sie Folgebeiträge trotz unserer Mahnung nicht zahlen, kann der Versicherungsschutz entfallen oder sich vermindern.

Was Sie bei der Beitragszahlung zu beachten haben und was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, lesen Sie bitte in § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihre IDEAL TotalProtect (AB-ITP-2022A) nach.

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

Die Informationen und das Angebot sind vier Wochen ab Zugang bei Ihnen gültig. Das Angebot können Sie nur innerhalb dieser Frist annehmen.

14. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss Ihrer IDEAL TotalProtect, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

Ihre IDEAL TotalProtect gilt als abgeschlossen, wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben bzw. wenn wir Ihre Annahmeerklärung zu unserem Antrag erhalten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir in der Regel nicht zur Leistung verpflichtet (vgl. Punkt 8).

Eine Vorverlegung des Beginns auf einen Termin vor Antragstellung ist nicht möglich.

Für den Beginn und den Zeitpunkt, ab welchem Ihr Versicherungsschutz besteht, verweisen wir auf die entsprechenden Regelungen des § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihre IDEAL TotalProtect (AB-ITP-2022A).

15. Welches Widerrufsrecht haben Sie?

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

16. Wie lang ist die Laufzeit Ihrer IDEAL TotalProtect?

Der Vertrag gilt für die von Ihnen beantragte Dauer. Die konkrete Laufzeit Ihrer IDEAL TotalProtect können Sie Ihrem Antrag bzw. Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Bei Ablauf Ihrer IDEAL TotalProtect haben Sie die Möglichkeit, ohne erneute Gesundheitsprüfung eine neue abzuschließen. Einzelheiten dazu sowie die Voraussetzungen entnehmen Sie bitte § 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihre IDEAL TotalProtect (AB-ITP-2022A).

17. Wann endet Ihre IDEAL TotalProtect?

Ihre IDEAL TotalProtect endet mit Eintritt des Versicherungsfalls, bei Kündigung oder spätestens mit Ablauf der Versicherungsdauer. Der vereinbarte Ablauf der Versicherung ist in Ihrem Antrag bzw. Ihrem Versicherungsschein angegeben.

Nähere Angaben zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen und zur Auszahlung eines Rückkaufswertes finden Sie in den entsprechenden Paragrafen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihre IDEAL TotalProtect (AB-ITP-2022A). Die garantierten Rückkaufswerte können Sie der Mitteilung der Wertentwicklung entnehmen.

18. Welche steuerlichen Regeln gelten?

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

19. Welches Recht wenden wir an?

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

20. Welche Vertragssprache gilt?

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

21. An wen können Sie sich bei Beschwerden wenden?

Beschwerdemanagement bei der IDEAL Versicherungsgruppe
Ihr Anliegen ist uns wichtig. Qualifizierte Mitarbeiter bieten Ihnen erstklassigen Service – das ist für uns selbstverständlich. Sollten Sie dennoch mit unserem Service oder unseren Produkten nicht zufrieden sein, teilen Sie uns das bitte mit. Ihre direkte und offene Rückmeldung hilft uns, noch besser zu werden, dafür danken wir Ihnen schon im Voraus. Falls eine abschließende Bearbeitung Ihres Anliegens nicht unverzüglich möglich ist, informieren wir Sie in einem Zwischenbescheid über die weiteren Schritte.

Ihre Beschwerde können Sie uns auf allen üblichen Kommunikationswegen zukommen lassen:
Per Post: IDEAL Versicherungsgruppe, Postfach 11 01 20, 10831 Berlin
Per E-Mail: beschwerde@ideal-versicherung.de
Per Fax: 030/ 25 87 -80
Telefonisch: 030/ 25 87 -259

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

Erforderliche Informationen
Bitte teilen Sie uns Folgendes mit:
- Ihren Namen und Ihre Kontaktdaten
- Die betroffene Versicherung (Versicherungsnummer) oder den betroffenen Schaden (Schadennummer)
- Ihr Anliegen: Womit sind Sie unzufrieden? Was können wir verbessern?

Alternative Ansprechpartner
Darüber hinaus können Sie sich mit Ihrem Anliegen auch an folgende Institutionen wenden:

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

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

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

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

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

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

Widerrufsfolgen

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

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;

2. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
   b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;

4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;

5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;

6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;

7. zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;

8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

12. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

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

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

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

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

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

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

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Lebensversicherung

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

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

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

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

4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;

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

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

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

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

Ende der Widerrufsbelehrung

IDEAL TotalProtect

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AB_ITP_2022A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

Bei der IDEAL TotalProtect handelt es sich um eine Risikoversicherung zur finanziellen Absicherung für den Fall einer in den Bedingungen definierten schweren Erkrankung oder bei Tod der Versicherten Person.

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

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

avb_itp_0122

Inhalt

§ 1 Wann erhalten Sie die Leistung und was sind die Voraussetzungen?	11
§ 2 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt beziehungsweise ausgeschlossen?	14
§ 3 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	15
§ 4 Welche Überschüsse erhalten Sie?	17
§ 5 Wann beginnt und wann endet Ihre Versicherung?	19
§ 6 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?	19
§ 7 Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?	22
§ 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie während der Vertragslaufzeit?	23
§ 9 Was geschieht, wenn Sie Ihre IDEAL TotalProtect kündigen?	24
§ 10 Was setzen wir bei der Berechnung einzelner Werte voraus?	25
§ 11 Welche Kosten und Gebühren gibt es?	26
§ 12 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?	27
§ 13 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?	27
§ 14 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Anschlussgarantie?	29
§ 15 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	29

§ 1 Wann erhalten Sie die Leistung und was sind die Voraussetzungen?

(1) In welchen Fällen zahlen wir Ihnen die Leistung?

Die Versicherungssumme wird bei Eintritt eines der nachfolgenden Ereignisse innerhalb der Vertragsdauer und vereinbarungsgemäß nur einmalig fällig. Als Versicherungsfall gilt:

a) der Tod der Versicherten Person,

b) eine schwere Erkrankung der Versicherten Person, die sich gemäß Anlage 1 definiert, oder

c) eine dauerhaft schwere Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Versicherten Person. Voraussetzung hierfür ist, dass die Versicherte Person wegen Krankheit, Kräfteverfalls, als Folge einer Verletzung oder sonstiger Einschränkungen der Leistungsfähigkeit nur noch weniger als 3 Stunden täglich im Rahmen einer 5-Tage-Woche erwerbstätig sein kann. Dieser Zustand muss unter Zugrundelegen der zum Zeitpunkt der Prüfung unserer Leistungspflicht aktuellen medizinischen Behandlungsleitlinien durch eine gesicherte ärztliche Prognose
   - dauerhaft keine Erwartung auf Besserung versprechen,
   - bereits sechs Monate bestanden haben und
   - nicht mehr behandlungsfähig sein.

   Als Erwerbstätigkeit gilt jede Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist, wobei es auf die Höhe der Einkünfte nicht ankommt. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen und der bisher ausgeübte Beruf der Versicherten Person werden bei der Feststellung der Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt. Auch der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers ist nicht bindend. Bitte beachten Sie, dass die verwendete Definition nicht mit der Restleistungsfähigkeit zur Beurteilung der Teilhabe am Arbeitsleben im sozialrechtlichen Sinne übereinstimmt.

d) Es liegt eine nicht mehr behandlungsfähige und nicht heilbare schwere Erkrankung vor, durch die der Todesfall innerhalb von 12 Monaten zu erwarten ist.

e) Es ist eine Intensivtherapie mit einer endotrachealen Intubation erforderlich und eine ununterbrochene invasive Beatmung über einen Zeitraum von mehr als 250 Stunden ist erfolgt. Der Beginn der Beatmung muss innerhalb der Vertragsdauer liegen.

Die schwere Erkrankung oder dauerhaft schwere Einschränkung der Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 1 b) bis e) muss während der Vertragsdauer erstmalig ärztlich festgestellt oder eine Operation (gemäß Anlage 1 Nr. 5, 6 und 9) während der Vertragsdauer durchgeführt werden. Für die schweren Erkrankungen gemäß Anlage 1 müssen darüber hinaus zusätzliche Voraussetzungen für den Eintritt des Versicherungsfalls erfüllt sein. Diese sind unter der jeweiligen Definition der schweren Erkrankung in der Anlage 1 aufgeführt.
Die Höhe Ihrer Versicherungssumme haben Sie mit der IDEAL vereinbart. Sie ist im Versicherungsschein dokumentiert. Zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme erhalten Sie eine Leistung aus der Überschussbeteiligung (siehe § 4).

Sobald der Versicherungsfall eingetreten ist, endet Ihre IDEAL TotalProtect.

(2) Welche Wartezeiten sind für spezielle schwere Erkrankungen zu erfüllen bzw. welche Ereignisse sind bei Eintritt innerhalb der Wartezeit nicht versichert?

Für die folgenden schweren Erkrankungen bzw. Ereignisse setzt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer sechsmonatigen Wartezeit ein:

- Krebs, Erkrankungen der blutbildenden Organe und Hirntumore (siehe Anlage 1 Nr. 1)
- Herzklappen-Operation und Bypass-Operation am Herz (siehe Anlage 1 Nr. 5)
- Aortenchirurgie (siehe Anlage 1 Nr. 6)
- Organ- oder Knochenmark(Stammzell)-Transplantation (siehe Anlage 1 Nr. 9)

Auch eine nach Ablauf der Wartezeit daraus resultierende Einschränkung der Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 1 c) ist dann dauerhaft nicht mitversichert. Sofern Sie Ihre IDEAL TotalProtect nicht weiterführen möchten, zahlen wir Ihnen den Rückkaufswert gemäß § 9.

Die Wartezeit beginnt an dem Tag, ab dem der Versicherungsschutz für Ihre IDEAL TotalProtect beginnt.

Falls Sie die Versicherungssumme erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für die Erhöhungssumme. Für den vor der Erhöhung bestehenden Versicherungsschutz gilt die erneute Wartezeit nicht.

(3) Welche tariflichen Grenzen gelten für Ihre Leistungen und für die Vertragsdauer?

a) Mindest-/Höchstleistung (ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung)

- Ihre Versicherungssumme muss mindestens 12.000 € betragen.
- Ihre Versicherungssumme darf nicht mehr als 250.000 € betragen.
- Ihre Versicherungssumme nach Beitragsfreistellung muss mindestens 5.000 € betragen (siehe auch § 6 Absatz 5 b).

Summen aus Ihrer Überschussbeteiligung werden nicht berücksichtigt.

b) Minimale und maximale Versicherungsdauer

- Ihre Versicherungsdauer muss mindestens 5 Jahre betragen.
- Ihre Versicherungsdauer darf maximal 15 Jahre betragen. Bei Ablauf Ihrer IDEAL TotalProtect haben Sie die Möglichkeit, ohne erneute Gesundheitsprüfung eine neue IDEAL TotalProtect abzuschließen. Einzelheiten dazu sowie die Voraussetzungen entnehmen Sie bitte § 14.

(4) Wer erhält die Versicherungsleistung?

Grundsätzlich erhält die Versicherte Person alle Erlebensfallleistungen nach § 1 Absatz 1 b) bis e). Sind Sie die Versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben, sofern Sie uns gegenüber keinen Bezugsberechtigten bestimmt haben.

a) Bezugsberechtigung im Todesfall

Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll.

Dabei gibt es zwei Arten von Bezugsrecht:

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

b) Abtretung oder Verpfändung

Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls grundsätzlich an Dritte abtreten und verpfänden. Dies kann ganz oder teilweise erfolgen. Voraussetzung ist, dass derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

c) Anzeigepflicht

Erklärungen zu Bezugsrechten sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus Ihrer IDEAL TotalProtect sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind und wir diese vor dem Versicherungsfall erhalten haben. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

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

Sie sollten uns unverzüglich benachrichtigen, sobald Sie den Eindruck haben, dass ein Versicherungsfall vorliegen könnte, damit eine zügige Bearbeitung durch uns erfolgen kann. Wenn Sie Leistungen in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie Nachweise vorlegen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten, die zur Begründung Ihres Leistungsanspruchs aus Ihrer IDEAL TotalProtect entstanden sind, tragen Sie. Die von Ihnen vorzulegenden Unterlagen und Nachweise hängen von dem Versicherungsfall ab, den Sie geltend machen wollen.

a) Erforderliche allgemeine Unterlagen

Folgendes muss uns für die Versicherte Person vorgelegt werden:

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die Versicherte Person behandelt oder untersucht haben, über Beginn, Art, Verlauf, voraussichtliche Dauer und Ursache des Versicherungsfalls; bei Tod der Versicherten Person gilt 5 d);
- eine Aufstellung
  - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen Sie in Behandlung waren, sind oder – sofern bekannt – sein werden,
  - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstigen Versorgungsträger, bei denen die Versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen des zugrunde liegenden Sachverhalts geltend machen könnte.

b) Zusätzliche Unterlagen bei einer schweren Erkrankung

Schicken Sie uns bitte zur Feststellung unserer Leistungspflicht gemäß Absatz 1 b) die gesicherte Diagnose mit entsprechenden Untersuchungsergebnissen und Befunden (z. B. klinisch, radiologisch, histologisch, zytologisch). Für bestimmte schwere Erkrankungen gemäß Absatz 1 b) müssen Sie uns zusätzliche Unterlagen einreichen. Diese sind unter der jeweiligen Definition der schweren Erkrankung in der Anlage 1 aufgeführt.

c) Zusätzliche Unterlagen bei einer dauerhaften schweren Einschränkung der Leistungsfähigkeit

Schicken Sie uns bitte zur Beurteilung der dauerhaften schweren Einschränkung der Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 1 c) Unterlagen über die zuletzt ausgeübte und aktuelle Tätigkeit und deren Umfang (z. B. Gewerbeanmeldung bzw. -abmeldung, gegebenenfalls Handelsregisterauszug, Arbeitszeugnisse des Arbeitgebers, denen Ihre konkrete Tätigkeitsbeschreibung sowie deren Zeiträume zu entnehmen sind).

Sofern vorhanden, schicken Sie uns bitte auch

- Sozialversicherungsgutachten eines anderen Leistungsträgers (zum Beispiel der Pflegekasse oder des Rehabilitationsträgers).
- den Bescheid über eine Erwerbsminderung eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks in der Bundesrepublik Deutschland.

d) Erforderliche Unterlagen bei Tod der Versicherten Person

Der Tod der Versicherten Person sollte uns innerhalb von zwei Wochen ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anspruchsteller Kenntnis vom Tod erlangt hat, mitgeteilt werden. Dabei benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort der Versicherten Person und ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode geführt hat.

e) Weitere notwendige Nachweise

Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir weitere notwendige Nachweise beziehungsweise Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen. Wir können verlangen, dass sich die Versicherte Person von durch uns beauftragten Ärzten oder Gutachtern untersuchen lässt.

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

Bitte beachten Sie Ihre Mitwirkungspflichten gemäß Absatz 5 g).

f) Auszahlung der Versicherungsleistung

Zur Feststellung der Leistungspflicht müssen Sie uns die oben genannten Nachweise gemäß Absatz 5 a) bis d) einreichen. Innerhalb von zwei Wochen entscheiden wir, ob ein Leistungsanspruch besteht. Die Frist beginnt, wenn alle von uns als erforderlich erachteten Unterlagen zur Leistungsprüfung bei uns eingegangen sind.

Unsere Versicherungsleistung wird dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten überwiesen. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

Reichen die Nachweise nicht aus, um die Leistungspflicht abschließend beurteilen zu können, werden wir Ihnen das mit Hinweis auf noch fehlende Unterlagen oder weitere notwendige Nachweise gemäß Absatz 5 e) in regelmäßigen Abständen mitteilen.

g) Besonders zu beachten:

- Alle Nachweise müssen Sie uns im Original einreichen.
- Eine zu Unrecht oder zu viel empfangene Versicherungsleistung müssen Sie an uns zurückzahlen.
- Wir erkennen Berichte in deutscher Sprache im Original an; Berichte in anderen Sprachen müssen uns in einer von einem staatlich vereidigten Übersetzer oder Dolmetscher beglaubigten Übersetzung eingereicht werden.
- Wirken Sie nicht bei der Feststellung des Leistungsfalls mit, wird auch die Leistung nicht fällig.

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

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

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

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen.

Bei Arglist bleiben wir generell leistungsfrei.

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

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Versicherungsfall der Versicherten Person gekommen ist.

(1) Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen im Ausland?

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Der Anspruch auf eine Leistung gemäß § 1 Absatz 1 e) besteht nur, wenn die Behandlung innerhalb der Europäischen Union, Liechtensteins, der Schweiz, Norwegens, Großbritanniens, Australiens, Islands, Kanadas, Neuseelands, Japans oder der USA durchgeführt wurde.

Der Anspruch auf Leistung gemäß § 1 Absatz 1 c) besteht nur, wenn sich die Versicherte Person zur Feststellung in die Bundesrepublik Deutschland begibt. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass eine Rückkehr aufgrund des gesundheitlichen Zustands der Versicherten Person nicht möglich ist oder war.

Reisekosten werden dafür von uns nicht übernommen.

Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund dieser Regelung eine Versicherungsleistung unter Umständen nicht geltend machen können, wenn der finanzielle Aufwand unverhältnismäßig hoch oder eine Rückkehr unwirtschaftlich sein könnte.

Tritt ein Versicherungsfall außerhalb der Europäischen Union, Liechtensteins, der Schweiz, Norwegens, Großbritanniens, Australiens, Islands, Kanadas, Neuseelands, Japans oder der USA ein, so erkennen wir ärztliche Unterlagen und Nachweise nur an, wenn die Diagnoseverfahren und Behandlungen den medizinischen Behandlungsleitlinien in Deutschland entsprechen. Zur Prüfung des Anspruchs können wir daher weitere ärztliche und psychologische Untersuchungsmaßnahmen durch von uns beauftragte Ärzte und Gutachter verlangen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen oder Begutachtungen in Deutschland oder bei einem Arzt oder Gutachter in einer deutschen Botschaft durchgeführt werden.

(2) Bei welchen Ereignissen leisten wir nicht?

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist jedoch der Eintritt des Versicherungsfalls

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

- durch vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, Selbstverletzung, versuchte Selbsttötung oder einer der sonstigen Leistungsvoraussetzungen durch die Versicherte Person. Das gilt entsprechend nach einer Erhöhung des Versicherungsschutzes für den erhöhten Teil. Wir werden jedoch leisten, sofern eine dieser Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- durch Selbsttötung der Versicherten Person innerhalb von drei Jahren nach Vertragsbeginn. Wir werden jedoch leisten, sofern diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- durch vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, einer versuchten Tötung einer der sonstigen Leistungsvoraussetzungen durch den Versicherungsnehmer. Wir werden jedoch leisten, sofern eine dieser Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- als Folge von Alkohol-, Drogen-, Rauschmittel-, Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch. Dies gilt nicht für den Todesfall.

(3) Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne definierte schwere Erkrankungen nach § 1 Absatz 1 b); diese Ausschlüsse sind unter der Definition der jeweiligen schweren Erkrankung in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

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

(1) Was ist die vorvertragliche Anzeigepflicht?

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

   Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, aber auch für die von Ihnen abgegebenen Erklärungen zu von uns beschriebenen risikorelevanten Umständen.

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

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

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

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

In den nachfolgenden Absätzen informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
- von Ihrer IDEAL TotalProtect zurücktreten,
- Ihre IDEAL TotalProtect kündigen,
- Ihre IDEAL TotalProtect ändern oder
- Ihre IDEAL TotalProtect wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

(3) Was geschieht, wenn wir zurücktreten?

a) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von Ihrer IDEAL TotalProtect zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Verletzung der Anzeigepflicht vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir Ihre IDEAL TotalProtect – möglicherweise

zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

b) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen:
   - Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand,
   - der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
   - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

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

c) Wenn wir Ihre IDEAL TotalProtect durch Rücktritt aufheben, wenden wir die Regeln an, die bei Kündigung vereinbart sind (siehe § 9 Absatz 2). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(4) Was geschieht, wenn wir kündigen?

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

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

c) Kündigen wir Ihre IDEAL TotalProtect, wandelt sich der Vertrag mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe § 1 Absatz 3 und § 6). Ist eine Beitragsfreistellung nicht möglich, weil die Mindestleistung nicht eingehalten wird, zahlen wir den Rückkaufswert abzüglich des Stornoabzugs aus und Ihre IDEAL TotalProtect endet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(7) Was geschieht, wenn wir Ihre IDEAL TotalProtect anfechten?

Wir können Ihre IDEAL TotalProtect auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben oder Verschweigen bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen wurde. Absatz 3 a) gilt entsprechend.

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

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

(9) Wer ist der Erklärungsempfänger?

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

§ 4 Welche Überschüsse erhalten Sie?

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

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3 und 4),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 5 und 6),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Absatz 7) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Absatz 8).

(2) Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).
Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen, Pflegerentenversicherungen, Sterbegeldversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

(3) Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinngruppen.
Ihr Vertrag ist der Gewinngruppe Dread Disease innerhalb der Bestandsgruppe Risikoversicherung zugeordnet. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinngruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder eine Gewinngruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Im Folgenden informieren wir Sie über Bemessungsgrößen, Bewertungsstichtage und Fälligkeit sowie Leistungen aus den laufenden Überschussanteilen und der Plussumme.

a) Laufende Überschuss-Anteile

Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile:

Zins-Überschuss: in Prozent des gezillmerten Deckungskapitals zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres

Ansammlungszinsen: in Prozent des am Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres angesammelten Betrags der verzinslichen Ansammlung vor der Zuteilung des Zins-Überschusses.

Überschuss-Verwendung und Fälligkeit:
Die laufenden Überschussanteile werden zur Bildung einer verzinslichen Ansammlung verwendet. Die verzinsliche Ansammlung wird bei Eintritt des Versicherungsfalls, bei Kündigung oder bei Ablauf ausgezahlt.

b) Plussumme

Bei Eintritt des Versicherungsfalls wird die für das jeweilige Geschäftsjahr deklarierte Plussumme gezahlt. Die Plussumme bemisst sich in % der garantierten Versicherungsleistung. Die Plussumme wird nicht bei Kündigung und nicht bei Ablauf gezahlt. Die Plussumme wird nicht fällig, wenn eine schwere Erkrankung bzw. ein Ereignis gemäß § 1 Absatz 2 innerhalb der Wartezeit eingetreten ist.

(4) Wie werden die laufenden Überschussanteile und die Plussumme deklariert?

Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinngruppen verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Der Zinsüberschuss und der Ansammlungszins können für Teilbestände (z. B. je nach Zahlungsart) unterschiedlich deklariert werden. Die Plussumme kann für Teilbestände (z. B. je nach Zahlungsart) und Altersbereiche unterschiedlich deklariert werden. Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihre Gewinngruppe entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

(5) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt. Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven erhalten alle Versicherungen (Haupt- und Zusatzversicherungen), die Zinsüberschüsse erhalten.

Die der Überschussbeteiligung zugrunde liegenden Bewertungsreserven werden monatlich neu zum Monatsbeginn, jeweils am ersten Börsentag, ermittelt. Sollten sich die Bewertungsreserven vor dem nächsten Berechnungstermin deutlich ändern, ist eine Neubewertung möglich. Derzeit sieht das Versicherungsvertragsgesetz eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Der Anteil der anspruchsberechtigten Verträge ergibt sich aus der verteilungsrelevanten Bilanzsumme, der Summe der Kapitalanlagen, den verteilungsrelevanten Passivposten der anspruchsberechtigten Versicherungen und der nicht festgelegten Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

(6) Bei Beendigung des Vertrages durch den Eintritt des Versicherungsfalls oder bei Kündigung teilen wir Ihrem Vertrag den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu.
Bemessungsgrundlage für Ihren Anteil an den Bewertungsreserven ist die Summe des Deckungskapitals Ihrer Versicherung und der gebildeten verzinslichen Ansammlung zum Zeitpunkt der Vertragsbeendigung. Die Auszahlung Ihres Anteils an den Bewertungsreserven erfolgt zusammen mit der Versicherungsleistung oder bei Auszahlung des Rückkaufswerts. Bei Ablauf erfolgt keine Auszahlung Ihres An-

teils an den Bewertungsreserven. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(7) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Kapitalmarkts, des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

(8) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite. Einmal jährlich werden wir Sie über die tatsächliche Entwicklung Ihrer Versicherung informieren.

§ 5 Wann beginnt und wann endet Ihre Versicherung?

(1) Wann beginnt Ihre IDEAL TotalProtect?

Ihre IDEAL TotalProtect beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt. Wenn Sie den Beitrag nicht zu den vereinbarten Terminen zahlen, kann jedoch unsere Pflicht, die vereinbarten Leistungen an Sie auszuzahlen, entfallen (siehe § 6 Absatz 1 a)).

(2) Wann endet Ihre IDEAL TotalProtect?

Ihre IDEAL TotalProtect endet mit
- Auszahlung der Versicherungssumme,
- Ablauf der Versicherungsdauer oder
- Beendigung durch Sie (siehe § 9) oder die IDEAL.

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

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

§ 6 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?

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

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

a) Einlösungsbeitrag
So nennen wir Ihren ersten Beitrag, den Sie für Ihre IDEAL TotalProtect zahlen.
Sie müssen diesen Einlösungsbeitrag spätestens zu dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn zahlen.

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

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

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

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

a) Sie haben ein Mandat zur SEPA-Lastschrift erteilt

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

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

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

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

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

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

(3) Was geschieht, wenn Sie nicht zahlen?

a) Einlösungsbeitrag

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

b) Folgebeitrag

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

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

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

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

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

(4) Wann endet Ihre Beitragszahlungspflicht?

Ihre laufende Beitragszahlung endet

- mit Beendigung Ihres Vertrags durch Sie (siehe § 9) oder die IDEAL,

- mit Ablauf des Monats des Eintritts des Versicherungsfalls oder
- mit Ablauf der Versicherungsdauer.

Zu viel gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.

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

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

a) Änderung Ihrer Beitragszahlungen

Die Anpassungen des Beitrags haben Auswirkungen auf die Höhe Ihrer Leistung. Erhöhen Sie Ihre Beiträge, steigt auch Ihre Leistung entsprechend. Dafür legen wir eine weitere IDEAL TotalProtect für Sie an. Dabei rechnen wir mit Grundlagen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung für das Neugeschäft verwenden. Maßgebend für den Beitrag ist das aktuelle Alter der Versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung und die restliche Versicherungsdauer des ursprünglichen Vertrags.
Verringern Sie Ihre Beiträge, verringert sich auch Ihre Leistung entsprechend.

Es gelten die Voraussetzungen für Vertragsänderungen (siehe § 8 Absatz 1) und die Tarifgrenzen gemäß § 1 Absatz 3.

Bitte beachten Sie die gesonderten Regelungen zur Nachversicherungsgarantie gemäß § 13.

b) Beitragsfreistellung

Bei einer Beitragsfreistellung stellen Sie Ihre Beitragszahlung für einen unbestimmten Zeitraum ein.

Die Höhe Ihrer versicherten Leistung nach Beitragsfreistellung wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Termin der Beitragsfreistellung unter Zugrundelegung des erreichten Rückkaufswertes berechnet. Bei der Berechnung der beitragsfreien Summe nehmen wir den Stornoabzug analog zur Kündigung vor. Im Zweifel müssen wir Ihnen nachweisen, dass der Abzug angemessen ist. Wenn Sie uns nachweisen, dass der 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.

Die Beitragsfreistellung ist nur möglich, wenn die Mindestversicherungssumme gemäß § 1 Absatz 3 erreicht ist.

Die garantierten beitragsfreien Versicherungssummen sind in der „Mitteilung der Wertentwicklung" genannt.

c) Später können Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder erhöhen

Möchten Sie verringerte Beiträge wieder erhöhen oder Ihre Beitragszahlung nach einer Beitragsfreistellung wieder aufnehmen, teilen Sie uns dies bitte mit (siehe § 7). Wir prüfen gerne, ob eine solche Änderung möglich ist.
Voraussetzungen für die Erhöhung sind:

- Die Verringerung Ihrer Beiträge oder die Beitragsfreistellung wurde vor maximal 36 Monaten durchgeführt.
- Der Versicherungsfall gemäß § 1 Absatz 1 ist noch nicht eingetreten.
- Es wurden keine Leistungen für die Versicherte Person beantragt.
- Die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 gilt für den Betrag der Erhöhung erneut.

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

d) Beginnverlegung

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

Voraussetzungen für die Beginnverlegung sind:

- Ihre IDEAL TotalProtect befindet sich im ersten Jahr der Vertragslaufzeit.
- Der Versicherungsbeginn wird um maximal vier Monate verlegt.
- Es ist die erste Beginnverlegung zu Ihrer IDEAL TotalProtect.
- Auch hier gelten die Voraussetzungen für Vertragsänderungen (siehe § 8 Absatz 1).

e) Beitragsstundung während der Leistungsprüfung

Bis zum Abschluss der Prüfung unserer Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge weiterzahlen. Wenn wir leisten, zahlen wir Ihnen zu viel gezahlte Beiträge zurück.

Alternativ können Sie die Stundung der Beiträge vereinbaren. Sie können beantragen, dass Sie so lange keine Beiträge zahlen, bis wir über die Leistung entschieden haben. Für diese Stundung müssen Sie keine Zinsen zahlen.

Wenn wir die Leistung anerkennen, brauchen Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzuzahlen. Dies gilt für den gesamten Zeitraum, für den wir die Leistung rückwirkend anerkennen.

Wenn wir die Leistung nicht anerkennen, sind die gestundeten Beiträge nach Ablauf des Stundungszeitraums innerhalb eines Monats unverzinst in einer Summe nachzuzahlen. Sofern Sie die Beiträge anders nachzahlen möchten, prüfen wir gerne, ob dies möglich ist und erstellen Ihnen ein individuelles Angebot.

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

a) Untergrenzen

Ihr laufender Beitrag darf nicht weniger als 5 € pro Monat betragen.
Bei laufender Beitragszahlung muss die Dauer der Beitragszahlung mit der Dauer des Vertrages identisch sein und darf nicht weniger als fünf Jahre sein.

b) Obergrenzen

Der maximal mögliche Beitrag ergibt sich aus der Höchstleistung (siehe § 1 Absatz 3 a).

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

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

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

Ausnahmen:
- Wir behalten uns vor, Ihnen zusätzlich Unterlagen an Ihre Postanschrift zu senden.
- Wenn Sie es ausdrücklich wünschen, senden wir Ihnen auch alle anderen Informationen an Ihre Postanschrift.

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

Wir bemühen uns, Ihre Wünsche schnell umzusetzen. Damit eine Umsetzung garantiert zum nächsten Monatsersten wirksam werden kann, muss uns Ihre Mitteilung bis zum 15. eines Monats mit den hierfür nötigen Angaben und Erklärungen vorliegen. Andernfalls erfolgt die Umsetzung zum Monatsersten des darauf folgenden Monats.
Beispiel: Sie wollen den monatlichen Beitrag zum nächstmöglichen Zeitpunkt von 100 € auf 50 € reduzieren und teilen uns das per E-Mail mit.
- Ihre E-Mail geht bei uns am 15.08. ein. Wir stellen Ihren Vertrag mit Wirkung zum 01.09. entsprechend um.
- Ihre E-Mail geht bei uns am 16.08. ein. Wir stellen Ihren Vertrag mit Wirkung zum 01.10. entsprechend um.

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

Mitteilungen zur Beantragung einer Leistung aus Ihrer IDEAL TotalProtect müssen Sie uns unverzüglich ab dem Eintritt des Versicherungsfalls beziehungsweise ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Kenntnis von dem Ereignis erlangt haben, zusenden. Bitte beachten Sie auch § 1 Absatz 5.

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

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

Das gilt auch für eine Änderung Ihres Namens.

(5) Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

a) Was benötigen wir von Ihnen?

Der Gesetzgeber fordert von uns die Meldung bestimmter Daten an das Finanzamt und die Erfüllung von Sorgfaltspflichten. Dies sind zum Beispiel die Prüfung

- Ihrer Identität,
- der Mittelherkunft,
- des wirtschaftlich Berechtigten und
- bei einer für Sie auftretenden Person deren Berechtigung hierzu.

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

Weitere Informationen hierzu können Sie Ihrem Steuerinformationsblatt entnehmen.

b) Wann fragen wir Sie nach diesen Daten?

Informationen dieser Art sind erforderlich:

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

Stellen Sie uns diese Informationen bitte unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – ab dem zutreffenden Ereignis beziehungsweise ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Kenntnis von dem Ereignis erlangt haben, zur Verfügung.

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

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, legen wir den uns bekannten Stand Ihrer persönlichen Daten bei der Bearbeitung zugrunde. Im Zweifel führt das dazu, dass Sie bis zur Erfüllung der Auskunftspflicht keine Versicherungsleistung erhalten oder wir sogar die Geschäftsbeziehung beenden müssen.

§ 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie während der Vertragslaufzeit?

(1) Was sind die Voraussetzungen für eine Vertragsänderung?

Voraussetzung einer jeden Vertragsänderung ist, dass Ihre Beiträge und Ihre Leistungen nach Ihrer Änderung die Unter- und Obergrenzen einhalten (siehe § 1 Absatz 3 a) und b) sowie § 6 Absatz 6 a) und b)). Darüber hinaus muss bei einer Erhöhung Ihrer versicherten Leistungen außerhalb der Nachversicherungsgarantie eine Risikoprüfung zu dem Ergebnis führen, dass einer Annahme Ihrer Vertragsänderung nichts entgegensteht. Das gilt auch für Vertragsänderungen, die im Folgenden lediglich aufgezählt und in einem anderen Paragrafen beschrieben sind.

(2) Wie dokumentieren wir Ihre Vertragsänderungen?

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

(3) Welche Änderungen sind möglich?

a) Beitragsfreistellung (siehe § 6 Absatz 5)

b) Änderung Ihrer Beiträge (siehe § 6 Absatz 5)

c) Änderung der Versicherungssumme
Sie können die Versicherungssumme ändern. Diese Änderungen haben Auswirkungen auf die Beiträge. Erhöhen Sie eine Leistung, wird sich auch ein höherer Beitrag hierfür ergeben. Verringern Sie eine Leistung, sinkt auch der Beitrag hierfür.

Die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 gilt erneut für den Betrag der Erhöhung. Für den vor der Erhöhung bestehenden Versicherungsschutz gilt diese Wartezeit nicht.

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

§ 9 Was geschieht, wenn Sie Ihre IDEAL TotalProtect kündigen?

Sie können Ihre IDEAL TotalProtect während der Laufzeit immer zum Ersten des Folgemonats kündigen. Dabei gelten die Mitteilungsfristen gemäß § 7 Absatz 3.

(1) Welche Auswirkungen hat Ihre Kündigung?

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

(2) Was erhalten Sie bei Kündigung?

a) Nach einer Kündigung zahlen wir Ihnen den Rückkaufswert vermindert um den Stornoabzug sowie die Überschussbeteiligung aus. Die Plussumme wird bei Kündigung jedoch nicht gezahlt.

b) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Kündigungstermin berechnete Deckungskapital Ihres Vertrags. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert, mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 11 Absatz 2).

c) Von dem nach Absatz 2 b) ermittelten Wert nehmen wir einen Stornoabzug in Höhe von 25 % vor. Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies müssen wir Ihnen im Zweifel nachweisen. Wir halten den Stornoabzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Stornoabzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Stornoabzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

d) Wir sind berechtigt, den nach Absatz 2 b) und 2 c) errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet (§ 169 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz).

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

(3) Die Kündigung Ihrer Versicherung kann nachteilig sein.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei Ihrer IDEAL TotalProtect um eine reine Risikoversicherung ohne Sparprozess handelt. Im Falle einer Kündigung entspricht der Auszahlungsbetrag nicht der Summe der eingezahlten Beiträge.

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

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 11) nur ein geringer Auszahlungsbetrag vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Auszahlungsbeträge vorhanden. Die garantierten Werte bei Kündigung lesen Sie bitte in der „Mitteilung der Wertentwicklung" nach.

(4) Wie können Sie die Rechtsfolgen Ihrer Kündigung beseitigen?

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

- Wir stimmen dem zu.
- Sie haben Ihre ausstehenden Beiträge vollständig nachgezahlt oder Ihre Beiträge oder Leistungen werden entsprechend angepasst.
- Sie haben den bei Kündigung ausgezahlten Betrag vollständig zurückgezahlt.
- Der Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten.
- Es wurden keine Leistungen für die Versicherte Person beantragt.
- Die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 gilt erneut.

Ihre versicherten Leistungen werden neu berechnet. Dabei verwenden wir die beschriebenen Grundlagen (siehe § 10).

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

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

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

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

Es gibt Statistiken darüber, wie lange Menschen eines jeden Geburtenjahrgangs in Deutschland durchschnittlich leben, wie wahrscheinlich es ist, dass sie ein bestimmtes Alter erreichen, und wie lange sie dann noch leben. Ebenso gibt es Statistiken darüber, wie wahrscheinlich das Eintreten einer schweren Erkrankung ist, z. B. einer Krebserkrankung oder eines schweren Herzinfarkts. Diese Statistiken nennt man Sterbetafeln, Rententafeln, Invalidisierungstafeln, Pflegetafeln oder zusammengefasst: Ausscheideordnungen. Diese Ausscheideordnung berücksichtigt die Eintrittswahrscheinlichkeit für den Versicherungsfall.

(2) Welche Rechnungsgrundlagen berücksichtigen wir?

Die garantierten Versicherungsleistungen 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 Überschussbeteiligung verwenden wir die Ausscheideordnung IDEAL2018CleDD. Die Höhe des Garantiezinses können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Die Kalkulation erfolgt geschlechtsneutral.

(3) Welche Kosten und Gebühren berücksichtigen wir?

Siehe § 11.

(4) Was gilt darüber hinaus für die Kalkulation?

Wir kalkulieren die Beiträge getrennt nach Nichtrauchern, Rauchern und Starkrauchern.

a) Nichtraucher
Nichtraucher ist, wer in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung kein Nikotin durch Rauchen von Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder sonstigem Tabak oder durch Inhalieren unter Verwendung elektronischer Verdampfer wie E- Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen aufgenommen hat.

b) Raucher
Raucher ist, wer die Voraussetzungen für Nichtraucher nicht erfüllt und bis zu 20 Zigaretten pro Tag raucht.

c) Starkraucher
Starkraucher ist, wer die Voraussetzungen für Nichtraucher nicht erfüllt und mehr als 20 Zigaretten pro Tag raucht.

Um Sie in eine dieser drei Gruppen einstufen zu können, stellen wir Ihnen bereits bei Beantragung Ihrer IDEAL TotalProtect entsprechende Fragen. Für Ihre Antworten gelten die Regeln für die vorvertragliche Anzeigepflicht (siehe § 3).

§ 11 Welche Kosten und Gebühren gibt es?

(1) Wodurch entstehen die Kosten?

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

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

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

(2) Welche Kosten haben wir bereits einkalkuliert?

Einen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe von maximal 2,5 % der Beitragssumme verrechnen wir dabei nach einem Verfahren, das durch die folgenden rechtlichen Grundlagen bestimmt wird:
- § 4 Deckungsrückstellungsverordnung,
- § 169 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit
- § 25 Absatz 2 Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung.

Das bedeutet, dass Sie diese Abschluss- und Vertriebskosten in den ersten fünf Jahren durch Teile Ihrer Beiträge tilgen.

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

Bei Kündigung des Versicherungsvertrages steht mindestens der Betrag des Deckungskapitals zur Verfügung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Jahre ergibt.

Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag werden die Abschluss- und Vertriebskosten sofort verrechnet.

Die Auswirkung der beschriebenen Kostenverrechnung auf einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Leistungen (siehe § 6 und § 9) sehen Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung".

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

§ 12 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

(1) Verjährung von Ansprüchen aus Ihrem Versicherungsvertrag.

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

(2) Welches ist die Vertragssprache?

Die Kommunikation erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

(3) Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(4) Wo ist der Gerichtsstand?

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

Klagen aus Ihrem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.

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

§ 13 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

Sie können Ihren Versicherungsschutz während der Laufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Eine solche Erhöhung des Versicherungsschutzes bezeichnen wir als Nachversicherung.

Dabei rechnen wir mit Grundlagen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung für das Neugeschäft verwenden. Maßgebend für die Nachversicherung ist das aktuelle Alter der Versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung.

Jede einzelne Nachversicherung gilt als Ergänzungsvertrag, dem der zum Zeitpunkt seiner Beantragung gültige Tarif sowie die zu diesem Zeitpunkt gültigen Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt werden.

Die Nachversicherungsverträge haben keine Nachversicherungsgarantie.

Bitte beachten Sie die Voraussetzungen unter Absatz 2.

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

Es muss ein bestimmtes Ereignis vorliegen, das Sie von der Notwendigkeit überzeugt hat, Ihre IDEAL TotalProtect zu erhöhen. Nur wenn ein solches Ereignis vorliegt, können wir auf eine Gesundheitsprüfung verzichten. Dabei muss es sich um eines der folgenden, die Versicherte Person betreffende Ereignisse handeln:

- Heirat,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Tod des Ehegatten, des in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partners oder des eingetragenen Lebenspartners,
- Abschluss eines Kauf- oder Darlehensvertrags für den Kauf, Neubau oder Umbau einer selbst genutzten Immobilie,
- erstmaliger Wechsel in die volle berufliche Selbstständigkeit (Hauptberuf),
- Gehaltserhöhung bei Nichtselbstständigen, wenn das Bruttojahreseinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit dauerhaft um mindestens 10 % gegenüber dem Vorjahreseinkommen gestiegen ist,

Hierzu sind geeignete Nachweise (zum Beispiel Urkunden, amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsnachweis) einzureichen.

Ein Ereignis zur Ausübung der Nachversicherungsgarantie liegt auch vor, wenn wir Ihre Plussumme senken.

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

- Die Erhöhung müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses beantragen.
- Ihre versicherten Leistungen halten nach Ihrer Erhöhung die Obergrenzen ein (siehe § 1 Absatz 3 a)).
- Die Leistungen steigen um nicht mehr als 30 % Ihrer aktuellen Leistungen pro Ereignis.
- Pro Anlass darf die Leistung nicht mehr als um 50.000 € erhöht werden.
- Versicherte Person und Versicherungsnehmer stimmen zwischen Ihrer bisherigen IDEAL TotalProtect und dem Nachversicherungsvertrag überein. Sofern Sie nicht die Versicherte Person sind, muss diese dem Nachversicherungsvertrag – neben Ihnen als Versicherungsnehmer – ebenfalls zustimmen.
- Sofern die Restlaufzeit Ihrer bisherigen IDEAL TotalProtect fünf Jahre oder mehr beträgt, stimmt das Ende der Vertragsdauer der Nachversicherung mit dem Ende der Vertragsdauer Ihrer derzeitigen IDEAL TotalProtect überein.
- Sofern die Restlaufzeit Ihrer bisherigen IDEAL TotalProtect zwischen fünf und einem Jahr beträgt, besteht eine Nachversicherung nur dann, wenn auch noch eine Anschlussgarantie gemäß § 14 ausgeübt werden kann. In diesem Fall ist die Laufzeit der Nachversicherung auf fünf Jahre festgelegt.
- Sofern die Restlaufzeit Ihrer bisherigen IDEAL TotalProtect 12 Monate oder weniger beträgt, können Sie die Nachversicherungsgarantie nur dann wahrnehmen, wenn Sie die Anschlussgarantie gemäß § 14 ausgeübt haben.
- Die Nachversicherungsgarantie erlischt jedoch spätestens, wenn die Versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat.
- Sie können maximal fünfmal Gebrauch von der Nachversicherungsgarantie machen.
- Die letzte Erhöhung durch die Nachversicherungsgarantie liegt mindestens zwölf Monate zurück.
- Es wurden keine Leistungen gemäß § 1 für die Versicherte Person beantragt.
- Bei Ereignis „Senkung Ihrer Plussumme" darf maximal die bisherige Höhe des Versicherungsschutzes (vertraglich garantierte Versicherungssumme zuzüglich Plussumme) durch eine entsprechende Aufstockung der vertraglich garantierten Versicherungssumme und Anpassung des Beitrags wiederhergestellt werden.
- Ihre derzeitige IDEAL TotalProtect darf nicht vorzeitig beitragsfrei gemäß § 6 Absatz 5 b) und c) gestellt sein.

(3) Die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 gilt für die Nachversicherung erneut.

(4) Die Risikoeinschätzung, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse Ihrer derzeitigen IDEAL TotalProtect sowie alle hierzu getroffenen Vereinbarungen gelten für jede einzelne Nachversicherung im gleichen Umfang.

(5) Verletzungen der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Abschluss dieses Vertrags wirken sich auch auf abgeschlossene Nachversicherungen aus. Insoweit gilt § 3 analog.

§ 14 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Anschlussgarantie?

Bei Ablauf Ihrer IDEAL TotalProtect haben Sie die Möglichkeit, ohne erneute Gesundheitsprüfung eine neue IDEAL TotalProtect abzuschließen. Der Anschlussvertrag schließt unmittelbar an den auslaufenden Vertrag an.

Für den Anschlussvertrag gilt ein eigener Tarif.

Wir werden Ihnen einen entsprechenden Anschlussvertrag zu den dann gültigen Versicherungsbedingungen und tariflichen Regelungen des Anschlusstarifs anbieten. Maßgebend für den Anschlussvertrag ist das aktuelle Alter der Versicherten Person zum Beginn des Anschlussvertrags.

(1) Wie können Sie von der Anschlussgarantie Gebrauch machen?

Der Anschlussvertrag kann frühestens 18 Monate vor Ablauf und muss spätestens 12 Monate vor Ablauf Ihrer derzeitigen IDEAL TotalProtect beantragt werden. Sofern zwischen Ihrer Beantragung der Anschlussgarantie und dem Versicherungsbeginn des Anschlussvertrags der Versicherungsfall eintritt, endet mit dem bestehenden Vertrag auch der Anschlussvertrag.

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

- Die Versicherte Person und der Versicherungsnehmer stimmen zwischen Ihrer derzeitigen IDEAL TotalProtect und dem Anschlussvertrag überein. Sofern Sie nicht die Versicherte Person sind, muss diese dem Anschlussvertrag – neben Ihnen als Versicherungsnehmer – ebenfalls zustimmen.
- Ihre vereinbarte Versicherungssumme im Anschlussvertrag darf nicht höher sein als die Versicherungssumme Ihrer derzeitigen IDEAL TotalProtect (zuzüglich der Versicherungssummen von gegebenenfalls erfolgten Nachversicherungen gemäß § 13, die gleichzeitig mit Ihrer derzeitigen IDEAL TotalProtect enden) zum Zeitpunkt der Ausübung der Anschlussgarantie.
- Sie können die Anschlussgarantie maximal zweimal ausüben.
- Die Vertragsdauer des Anschlussvertrags muss so lang sein wie die Vertragsdauer Ihrer derzeitigen IDEAL TotalProtect. Das maximale Endalter von 67 Jahren darf durch die Anschlussgarantie jedoch nicht überschritten werden. In diesem Fall ist auch eine kürzere Vertragsdauer möglich. Eine abweichende Laufzeit bedarf unserer Zustimmung.
- Die Mindestvertragslaufzeit des Anschlussvertrags beträgt fünf Jahre.
- Ihre vereinbarte Zahlungsweise im Anschlussvertrag stimmt mit der Zahlungsweise Ihrer derzeitigen IDEAL TotalProtect überein.
- Ihre derzeitige IDEAL TotalProtect darf nicht vorzeitig beitragsfrei gemäß § 6 Absatz 5 b) und c) gestellt sein.

(3) Die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 entfällt für den Anschlussvertrag.

(4) Die Risikoeinschätzung, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, Ihrer derzeitigen IDEAL TotalProtect sowie alle hierzu getroffenen Vereinbarungen gelten für den Anschlussvertrag im gleichen Umfang.

(5) Verletzungen der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Abschluss dieses Vertrags wirken sich auch auf den abgeschlossenen Anschlussvertrag aus. Insoweit gilt § 3 analog.

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

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

Unser Beschwerdemanagement

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

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

Versicherungsombudsmann

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

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

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

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Rechtsweg

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

Anlage 1 zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die IDEAL TotalProtect (Stand 01.2022)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Diese Anlage 1 ist Bestandteil der Allgemeinen Bedingungen für die IDEAL TotalProtect und beschreibt, welche Krankheiten explizit versichert sind.

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

Wir haben versucht, die folgende Liste der schweren Erkrankungen für Sie verständlicher zu machen, indem wir im Lexikon vereinfachte Erläuterungen zu den versicherten Krankheiten sowie zu einzelnen medizinischen Begriffen beigefügt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Ihr Anspruch auf eine Leistung hängt allein von der jeweiligen medizinischen Definition in dieser Anlage, gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

a. Liste der schweren Erkrankungen

1) Krebs, Erkrankungen der blutbildenden Organe und Hirntumore
Krebs im Sinne dieser Bedingungen umfasst das Vorliegen einer bösartigen Raumforderung (Tumor), die durch unkontrolliertes (malignes) Wachstum, Eindringen in umgebendes Gewebe und der Tendenz zur Metastasierung gekennzeichnet ist.
Eingeschlossen sind auch Entartungen von Blutzellen und maligne Erkrankungen der blutbildenden Organe sowie Lymphomerkrankungen. Für die Leistung muss ein nach zum Zeitpunkt der Leistungspflicht aktuellen medizinischen Behandlungsleitlinien bei Eintritt des Versicherungsfalls eindeutiger Befund (histologisch, ggf. zytologisch/immunhistochemisch/zytogenetisch) der bösartigen Tumorerkrankung vorliegen.

Versichert sind auch gutartige Tumore des Gehirns, die aufgrund ihrer Größe oder Lokalisation in direkter Folge zu einer verminderten Leistungsfähigkeit, erfasst anhand der Feststellung des funktionalen Status gemäß Abschnitt b dieser Anlage, oder zu Gesichtsfeldausfällen führen. Nachgewiesen werden muss hier das Vorliegen eines Hirntumors durch ein MRT oder ein CT mit Kontrastmittel und eine durch einen Facharzt für Neurologie erfolgte Feststellung des funktionalen Status.

Eine Leistung erfolgt auch bei Vorliegen von myelodysplastischen Erkrankungen, die gemäß des WPSS
(WHO Classification-Based Prognostic Scoring System) in die Risikogruppe hoch und sehr hoch eingeordnet werden.

Wurde das Vorliegen einer Krebserkrankung ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen, zum Beispiel durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut, so genügt dies als Leistungsvoraussetzung nicht.

Ausgeschlossen sind folgende Frühstadien von Krebserkrankungen:
- Indolente Lymphome oder Lymphomerkrankungen der Haut ohne Indikation zur systemischen antineoplastischen (Immuno-)Chemotherapie
- MGUS oder smouldering malignes Myelom (sofern keine Organschädigung nach CRAB-Kriterien, keine Therapie)
- Chronische lymphatische oder myeloische Leukämieformen ohne Notwendigkeit einer systemischen antineoplastischen Chemotherapie, bezüglich lymphatischer Genese entsprechend Schweregrad in den Stadien Rai low risk oder Binet A oder Binet B ohne Risikofaktoren und ohne Beschwerden
- Polycythaemia vera oder essenzielle Thrombozythämie oder Primäre Myelofibrose ohne Indikation zur antineoplastischen (Immuno-) Chemotherapie
- Prostatakarzinom im Stadium I (AJCC)
- Prostatakarzinom mit alleiniger Hormontherapie oder alleinigem „watchful waiting“ (beobachtendem Abwarten).
- Alle Formen von Hautkrebs ohne Metastasierungstendenz; malignes Melanom bis Stadium IB Klassifikation erfolgt auf der Basis der TNM- und der AJCC-Kriterien von 2009
- Papilläres Schilddrüsenkarzinom im Stadium bis zu pT1aN0M0 (7. Aufl. UICC 2009)

- Präkanzerosen, u. a. zervikale intraepitheliale Neoplasie der Cervix uteri (Typ CIN 1 bis CIN 3), Leukoplakie der Mundschleimhaut, aktinische Keratose, familiäre Polyposis (FAP)
- Bösartige Tumoren des Magen-Darm-Traktes, welche im Rahmen einer endoskopischen Therapie ohne Notwendigkeit einer nachgeschalteten antineoplastischen Therapie oder operativen Therapie komplett entfernt wurden (z. B. Kolonkarzinom pT1aM0N0 SM1 low Risk), auch als Zufallsbefund (z. B. Koloskopie mit Abtragung eines Polypen).
- Alle anderen Tumorerkrankungen im UICC-Stadium I (7. Aufl. UICC 2009), wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine antineoplastische Chemotherapie erforderlich ist.

Bitte beachten Sie die Wartezeit nach § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

2) Neurologische Erkrankungen
Versichert sind neurologisch bedingte, dauerhafte Einschränkungen des täglichen Lebens, die trotz fachärztlicher und leitliniengerechter Behandlung in direkter Folge zu einer verminderten Leistungsfähigkeit führen. Diese Leistungsminderung wird anhand der Feststellung des funktionalen Status gemäß Abschnitt b dieser Anlage ermittelt. Die Diagnose (inkl. der Feststellung des funktionalen Status) ist von einem Neurologen zu stellen; dabei ist zusätzlich nachzuweisen, dass die Einschränkung mindestens drei Monate ohne Aussicht auf Besserung bestanden hat.

Zu den Krankheiten, die bei Erreichen der obigen Kriterien versichert sind, zählen u. a.:

- Schlaganfall
- (Querschnitts-)Lähmung
- Multiple Sklerose
- Demenzerkrankungen
- Entzündungen des Gehirns und der Hirnhäute als Folgen von Infektionskrankheiten
- Neuropathien, wie das Guillain-Barré-Syndrom
- Motoneuronerkrankung wie z. B. Poliomyelitis
- Muskeldystrophien

Bei einer gesicherten Diagnose einer amyotrophen Lateralsklerose (ALS) durch einen Neurologen unter Berücksichtigung der El-Escorial-Kriterien und anhand einer Elektromyografie erfolgt eine Leistung auch ohne Nachweis der funktionalen Einschränkungen.

3) Schwerer Herzinfarkt
Versichert ist ein Herzinfarkt, der zu einer dauerhaften Funktionseinschränkung des Herzens führt.
Das akute Ereignis muss durch alle folgenden Kriterien nachgewiesen werden:

- Typisches Beschwerdebild mit instabiler Angina pectoris
- Erhöhung spezifischer Blutwerte (Troponin T oder I, CK mit signifikanter CK-MB)
- Typische, neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die auf eine akute Durchblutungsstörung zurückzuführen sind
- Entsprechende bildgebende Darstellung eines Gefäßverschlusses oder eine hochgradige Stenose in der Angiografie.

Bei NSTEMI (Nicht-ST-Hebungsinfarkt) muss zusätzlich zu den Laborveränderungen zumindest ein typisches Beschwerdebild mit passender Bildgebung in der Angiografie vorliegen.

Wenn eine Koronarangiografie nicht durchgeführt wurde, muss zur Sicherung der Diagnose im Verlauf eine andere Bildgebung mit Nachweis von bleibenden narbigen Veränderungen erfolgen. Hierzu geeignet sind Kardio-MRT, Myokardszintigrafie oder durch einen Kardiologen diagnostizierte, reproduzierbare und eindeutige Veränderungen in der transthorakalen Echokardiografie bei normaler Herzfrequenz.

Die Bestimmung des Folgezustands darf frühestens 4 Wochen nach dem Infarktereignis durchgeführt werden.

Eine dauerhafte Funktionseinschränkung liegt vor, wenn durch einen Facharzt für Kardiologie eine der nachstehenden belegbaren Folgen festgestellt wurde:

- Reduzierung der Herzleistung mit einer mittelgradig eingeschränkten Ejektionsfraktion (EF <45%)
- Umschriebene Wandbewegungsstörung (Narbe mit Hypokinesie) in der Echokardiografie oder einem der o. g. bildgebenden Verfahren.

4) Chronische Herzinsuffizienz und sonstige schwere Herzerkrankungen
Versichert sind Erkrankungen des Herzens, die zu einer strukturellen oder funktionellen Einschränkung des Organs führen, durch einen Facharzt für Kardiologie diagnostiziert werden und zu einer der nachstehenden belegbaren Folgen führen:

- Leistungseinschränkung in der Spiroergometrie mit maximaler O2-Aufnahme (VO2) von 13 ml/kg/min bei Belastung an der anaeroben Schwelle infolge einer Rechts- oder Linksherzinsuffizienz, einer Kardiomyopathie oder schwerer Herzrhythmusstörungen. Die Beschwerden müssen mindestens 3 Monate bestanden und voraussichtlich auch unter fachärztlicher und leitliniengerechter Behandlung (medikamentös, interventionell oder durch Schrittmacher etc.) weiter bestehen bleiben.
- Koronare Herzerkrankung, bei der keine Möglichkeit zu einer endovaskulären Revaskularisation, einer Bypass-OP oder einer Herztransplantation besteht, mit anhaltender Ruheangina auch unter fachärztlicher und leitliniengerechter Behandlung.

5) Herzklappen-Operation und Bypass-Operation am Herz
Eine Leistung erfolgt, wenn zur Therapie einer Funktionsstörung des Herzens eine der folgenden Operation am offenen Herzen mit Eröffnung des Sternums oder durch eine Minithorakotomie durchgeführt wird:

- Herzklappen-Operation:
  Zur Korrektur oder zum Ersatz einer oder mehrerer Herzklappen. Eine Leistung erfolgt ebenfalls nach durchgeführter TAVI.
- Bypass am Herz:
  Die Durchführung einer operativen Versorgung einer oder mehrerer Herzkranzgefäße zur Behebung von Verengungen oder Verschlüssen mit einem oder mehreren Bypässen mit arteriellen (CABG) oder venösen Gefäßen (ACVB).

Die Indikation zur Operation muss von einem Kardiologen nach den zum Zeitpunkt der Operation aktuellen Leitlinien der ESC (European Society of Cardiology) gestellt werden; der Anspruch entsteht nach durchgeführter Operation.

Bitte beachten Sie die Wartezeit nach § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Diese Wartezeit entfällt bei einer Notfall-Operation nach einem akuten Herzinfarkt oder instabiler Angina pectoris.

6) Aortenchirurgie
Versichert ist die operative Versorgung der Aorta thoracalis und/oder abdominalis zur Behebung eines Aneurysmas, einer Dissektion oder einer Ruptur durch eine künstliche Gefäßendoprothese mit teilweisem oder vollständigem Ersatz. Die OP-Indikation muss anhand von üblichen bildgebenden Verfahren (Ultraschall/CT/Angiografie) von einem Facharzt für Gefäßchirurgie oder einem Angiologen auf Basis der gültigen DGG-Leitlinie zu Aortenaneurysmen gestellt werden.

Eine Leistung erfolgt nicht bei der Versorgung mit einem Stent im Rahmen einer Angiografie, beim Vorliegen eines Marfan-Syndroms sowie bei Operationen an abgehenden Gefäßen.

Bitte beachten Sie die Wartezeit nach § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Diese Wartezeit entfällt bei einer Notoperation aufgrund eines Akutereignisses.

7) Schwerer Leberschaden
Versichert ist die Leberzirrhose, welche innerhalb von sechs Monaten mehrfach – in einem zeitlichen Abstand von mindestens 2 Monaten, auch unter fachärztlicher und leitliniengerechter Behandlung – gemäß der Child-Pugh-Klassifikation im Stadium C eingeteilt wurde. Zudem versichern wir ein akutes Leberversagen infolge von Infektionen, Toxinen oder anderer Ursachen (z. B. Morbus Wilson, Budd-Chiari-Syndrom, HELLP-Syndrom) mit Listung zur Transplantation.

Nicht versichert sind eine chronische Erkrankung der Leber oder akute Leberfunktionsstörungen als Folge von Alkohol-, Drogen-, Rauschmittel-, Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch.

Die Diagnose der Zirrhose muss durch einen Facharzt für Innere Medizin gestellt werden und durch eine histologische Sicherung oder alternativ typische Zeichen in der Bildgebung und Laborkonstellation gesichert sein. Für das akute Leberversagen kann die Diagnose anhand der typischen Laborveränderungen und des Beschwerdebildes des Patienten gestellt werden.

8) Chronische Niereninsuffizienz
Versichert ist eine chronische Niereninsuffizienz, wenn die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) dauerhaft unter 15 ml/min/1,73qm Körperoberfläche liegt oder wenn dauerhaft eine Dialyse erfolgt. Die Leistung erfolgt auch bei Peritonealdialyse. Bei akutem Nierenversagen leisten wir nicht, solange keine Nierenersatztherapie über mindestens 6 Mo- nate notwendig ist. Die Indikationsstellung zur Dialysetherapie muss durch einen Nephrologen erfolgt sein.

9) Organ oder Knochenmark (Stammzell-)Transplantation
Eine Leistung erfolgt nach durchgeführter Transplantation des gesamten Herzens, der Lunge (ganz oder teilweise), der Leber, einer Niere, des Darms oder der Bauchspeicheldrüse. Geleistet wird auch bei Transplantation einer Split-Leber- oder einer Teilleber-Lebendspende.
Eine Leistung erfolgt, sofern die Versicherte Person Empfänger des Transplantats ist. Eine Mikrobiom-Transplantation ist nicht versichert.

Wir leisten auch bei erfolgter autologer oder allogener Knochenmark- oder Stammzelltransplantation nach absolvierter Hochdosis-Chemotherapie bei bösartigen Erkrankungen oder Myelodysplastischem Syndrom gemäß den zum Zeitpunkt der Prüfung unserer Leistungspflicht aktuellen Leitlinien.

Bitte beachten Sie die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

10) Schwere chronische Lungenerkrankungen
Versichert sind schwere Erkrankungen der Lunge, die zu einer strukturellen Veränderung des Lungengrundgerüstes geführt haben und sich in der Bodyplethysmografie im Sinne einer schweren Restriktion oder schweren Obstruktion verifizieren lassen. Versichert sind auch Erkrankungen, die zu einer dauerhaften Behinderung der Diffusion oder der Perfusion führen und in einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz münden.
Eine Leistung erfolgt, wenn durch einen Facharzt für Pulmologie einer der folgenden Punkte diagnostiziert wird und die Symptome auch unter fachärztlicher und leitliniengerechter Behandlung mit Medikamenten über mindestens 3 Monate ohne Aussicht auf Besserung bestanden haben:
- Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) im GOLD-Stadium III (schwer).
- In der Blutgasanalyse ein PaO2 <55mmHg (dauerhaft) ohne Sauerstoff in Ruhe.
- Notwendigkeit einer dauerhaften Heimsauerstofftherapie.
- In der Bodyplethysmografie typische Veränderungen für eine schwere Obstruktion oder eine hochgradig eingeschränkte Compliance.
- Leistungseinschränkung in der Spiroergometrie mit maximaler O2-Aufnahme (VO2) von 13 ml/kg/min unter Erreichen der anaeroben Schwelle.

11) Autoimmunerkrankungen
Versichert sind chronische Autoimmunerkrankungen, die unter fachärztlicher und leitliniengerechter Behandlung in direkter Folge zu einer verminderten Leistungsfähigkeit führen. Diese Leistungsminderung wird anhand der Feststellung des funktionalen Status gemäß Abschnitt b dieser Anlage ermittelt.

Die Diagnose (inkl. der Feststellung des funktionalen Status) ist von einem Facharzt zu stellen, in dessen Fachgebiet die Erkrankung fällt (Internist/Rheumatologe/Dermatologe/Orthopäde). Dabei ist zusätzlich nachzuweisen, dass die Einschränkung mindestens drei Monate ohne Aussicht auf Besserung bestanden hat.
Zu den Krankheiten, die bei Erreichen der obigen Kriterien versichert sind, zählen u. a.
- Lupus erythematodes
- Rheumatoide Arthritis

12) Blindheit/starke Fehlsichtigkeit
Eine Leistung erfolgt bei einer Restsehschärfe von kleiner/gleich 5 % auf dem besseren Auge. Der Befund darf nicht durch eine Visuskorrektur (OP, Sehhilfen) zu bessern sein und muss über mindestens 3 Monate anhalten. Die Diagnose erfolgt durch einen Augenarzt.

13) Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit
Die Versicherung leistet bei einem nachgewiesenen und neu aufgetretenen Hörverlust von mindestens 60 dB im Tonaudiogramm mit Hilfsmittel (Hörgerät, Cochleaimplantat) auf dem besseren Ohr. Die Diagnose erfolgt durch einen Facharzt für HNO-Heilkunde; die Einschränkung muss mindestens über drei Monate bestanden haben und ist nach dem zum Zeitpunkt der Prüfung unserer Leistungspflicht aktuellen Wissensstand der Medizin bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht behebbar.

b. Feststellung des funktionalen Status

Bei der Ermittlung der verminderten Leistungsfähigkeit gemäß Abschnitt a. Ziffer 1 (Gehirntumor), Ziffer 2 (neurologische Erkrankungen) oder Ziffer 11 (Autoimmunerkrankungen) erfolgt eine Einschätzung der Versicherten Person nach folgendem Schema.

Die in den Ziffern 1, 2 und 11 genannte verminderte Leistungsfähigkeit der Versicherten Person liegt vor, wenn
- in einem der Kriterien eine Feststellung in Kategorie rot erfolgt oder
- in drei Kriterien aus mindestens zwei Bereichen eine Feststellung in Kategorie gelb erfolgt.

Die Feststellung des funktionalen Status muss von einem Facharzt, in dessen Fachgebiet die Erkrankung fällt, erfolgen.

Bereich 1: Nahrungsaufnahme

Kriterium 1.1: Essen und Trinken

Die Versicherte Person nimmt Speisen und Getränke, die in Reichweite stehen, komplett selbstständig vom Tablett oder Tisch ein. Sie benutzt sachgerecht ihr Besteck, streicht ihr Brot, schenkt sich ein Getränk ein und schneidet das Essen. Alle diese Tätigkeiten führt sie in angemessener Zeit aus.

- Kategorie gelb: Es ist Hilfe bei vorbereitenden Handlungen nötig (z. B. Brot streichen, Essen zerkleinern, Getränk einschenken). Die Versicherte Person führt Speisen und Getränke aber selbst zum Mund und nimmt sie ggf. mit Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße selbstständig ein.
  Oder
  Die Ernährung der Versicherten Personen erfolgt über eine MS/PEG (Magensonde/Perkutane endoskopische Gastrostomie).
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Bereich 2: Pflege

Kriterium 2.1: Baden und Duschen

Die Versicherte Person nimmt komplett selbstständig ein Vollbad oder Duschbad: Wenn sie sich entkleidet vor der Badewanne oder Dusche befindet, besteigt und verlässt sie die Wanne/Dusche, reinigt sich und trocknet sich ab.

- Kategorie gelb: Die Versicherte Person benötigt personelle Hilfe, kann aber Teile noch selbstständig.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Kriterium 2.2: Sich pflegen (Waschen/Zahnreinigung/Rasur)

Die Versicherte Person wäscht sich am Waschplatz komplett selbstständig Hände und Gesicht, putzt sich die Zähne/Zahnprothesen, kämmt sich die Haare und rasiert sich gegebenenfalls. Die benötigten Utensilien liegen dafür in greifbarer Nähe. Notwendige vor- und nachbereitende Handlungen erledigt die Versicherte Person selbst.

- Kategorie gelb: Die Versicherte Person benötigt personelle Hilfe, kann aber Teile noch selbstständig.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Kriterium 2.3: An- und Auskleiden

Die Versicherte Person zieht sich in angemessener Zeit komplett selbstständig an und aus inkl. ihrer Strümpfe, Schuhe und ggf. benötigter Hilfsmittel (Korsett, Antithrombosestrümpfe, Prothesen etc.). Die benötigten Kleidungsstücke/Utensilien liegen dafür in greifbarer Nähe. Anziehhilfen oder angepasste Kleidung werden, falls erforderlich, verwendet.

- Kategorie gelb: Die Versicherte Person benötigt personelle Hilfe, kann aber ihren Oberkörper noch komplett selbstständig in angemessener Zeit an- und auskleiden. Die benötigten Kleidungsstücke/Utensilien liegen dafür in greifbarer Nähe. Anziehhilfen oder angepasste Kleidung dürfen verwendet werden.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Kriterium 2.4: Stuhlkontinenz

Die Versicherte Person ist stuhlkontinent. Das heißt, sie kann willentlich den Stuhl vollständig zurückhalten, es findet kein unwillentlicher Verlust von Stuhl statt.

- Kategorie gelb: Die Versicherte Person kompensiert ihre Stuhlinkontinenz selbstständig und mit Erfolg (z. B. mittels rektaler Abführmaßnahmen).
  Oder
  Die Versicherte Person kann ihr Stoma komplett selbstständig oder mit Hilfe versorgen.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Kriterium 2.5: Urinkontinenz

Die Versicherte Person ist urinkontinent. Das heißt, sie kann willentlich den Urin vollständig zurückhalten, es findet kein unwillentlicher Verlust von Urin statt.

- Kategorie gelb: Die Versicherte Person kompensiert ihre Urininkontinenz selbstständig und mit überwiegendem Erfolg (d. h. durchschnittlich nicht mehr als 1× / Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche).
  Oder
  Die Versicherte Person versorgt ihr Harnkathetersystem komplett selbstständig oder mit Hilfe.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Kriterium 2.6: Toilettenbenutzung

Die Versicherte Person benutzt die Toilette oder den Toilettenstuhl komplett selbstständig inkl. Spülung/Reinigung:
Wenn sie sich am Toilettenplatz befindet, zieht sie die Kleidung selbstständig aus und an und reinigt sich nach der Toilettenbenutzung selbstständig mit Toilettenpapier. Sie betätigt selbstständig die Spülung oder reinigt den Toilettenstuhl.
Wandhandgriffe oder andere Haltegriffe werden, falls erforderlich, benutzt.

- Kategorie gelb: Die Versicherte Person benötigt personelle Hilfe bei der Benutzung der Toilette/des Toilettenstuhls oder der Spülung/Reinigung, kann aber Teile noch selbstständig. (Hilfe wird z. B. benötigt wegen des fehlenden Gleichgewichts, beim Umgang mit der Kleidung oder bei der Benutzung des Toilettenpapiers.)
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Bereich 3: Mobilität

Kriterium 3.1: Gehen auf Flurebene
Die Versicherte Person geht selbstständig mindestens 50 m auf ebener Strecke ohne Pause und/oder Gehilfen.
- Kategorie gelb: Die Versicherte Person kann mit personeller Hilfe oder mit Gehhilfen oder mit Pausen mindestens 50 m auf ebener Strecke gehen.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Kriterium 3.2: Treppensteigen
Die Versicherte Person steigt selbstständig Treppen über mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter. Ein Handlauf wird, falls erforderlich, benutzt.
- Kategorie gelb: Die Versicherte Person kann mit personeller Hilfe Treppen über mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter steigen.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Bereich 4: Kognition und Interaktion

Kriterium 4.1: Verstehen
Die Versicherte Person hat keine Einschränkungen oder Schwierigkeiten beim Verstehen komplexer Sachverhalte.
- Kategorie gelb: Die Versicherte Person versteht komplexe Sachverhalte, aber nicht immer oder nur in geschriebener Form.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person versteht nur einfache Aufforderungen.

Kriterium 4.2: Sich verständlich machen
Die Versicherte Person hat keine Einschränkungen und kann sich über alles verständlich machen.
- Kategorie gelb: Die Versicherte Person hat Einschränkungen, sich bei komplexen Sachverhalten verständlich zu machen.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person kann sich nur bei einfachen Sachverhalten verständlich machen.

Kriterium 4.3: Gedächtnis und Lernfähigkeit
Die Versicherte Person hat keine Störungen der Gedächtnisleistungen (Kurzzeitgedächtnis, Merkfähigkeit und Langzeitgedächtnis) und der Lernfähigkeit.
- Kategorie gelb: Die Versicherte Person kann (i. d. R. nach einem gezielten und individuellen Training) selbstständig externe Hilfsmittel und/oder Lernstrategien erfolgreich einsetzen und damit eine vorhandene Gedächtnisstörungoder Störung der Lernfähigkeit kompensieren.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Kriterium 4.3: Orientierungsfähigkeit (im Hinblick auf Zeit, Ort/Situationen, die eigene Person)
Die Versicherte Person ist vollständig mental orientiert: Sie besitzt die uneingeschränkte Fähigkeit, sich zeitlich, in ihrem sozialen Umfeld und örtlich sachgerecht zu verhalten bzw. zu wissen, wo sie sich als wer und in welcher Rolle befindet.
- Kategorie gelb: Die Versicherte Person kann eine vorhandene Einschränkung der Orientierungsfähigkeit selbstständig mittels Einsatz von Merkhilfen kompensieren.
- Kategorie rot: Die Versicherte Person erfüllt die Anforderungen aus Kategorie gelb nicht.

Lexikon zu Ihrer IDEAL TotalProtect (Stand 03.2019)

Dieses Lexikon soll Ihnen helfen, die Inhalte der Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen besser zu verstehen. Daher erläutern wir Ihnen hier versicherungsspezifische Begriffe und medizinische Fachbegriffe, die Sie vielleicht nicht kennen, auf die wir aber nicht verzichten können.
Dabei ist es möglich, dass Sie hier Texte finden, die genauso auch in den Bedingungen stehen. Warum? Weil einige Begriffe bereits in den Versicherungsbedingungen ausführlich erläutert werden. Diese Begriffe finden Sie jedoch an anderer Stelle, zum Beispiel im Produktinformationsblatt, ohne Erläuterungen vor. Da dieses Lexikon Sie auch in diesen Fällen unterstützen soll, haben wir die Erläuterung aus den Bedingungen übernommen.
Ebenso ist es möglich, dass die Beschreibung im Lexikon nicht vollumfänglich, sondern vereinfacht ist. Damit möchten wir die Verständlichkeit erhöhen. Rechtlich verbindlich für die Leistungserbringung sind einzig die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Anlage 1.

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

Teil 1: Vereinfachte Erläuterungen und wichtige Begriffe zu Krankheitsbildern

Zu 1) Krebs, Erkrankungen der blutbildenden Organe und Hirntumor

Vereinfachte Erläuterung:
Der Begriff Krebs steht für eine Vielzahl bösartiger Erkrankungen die – je nach Art und Lage des Tumors – ganz unterschiedliche Krankheitsverläufe zeigen können. Nach den vorliegenden Versicherungsbedingungen erfolgt eine Leistung dann, wenn eine bösartige Neubildung in einem fortgeschrittenen Stadium vorliegt.

Nach dem heutigen Stand der Medizin sind viele bösartige Tumorformen bei früher Diagnosestellung – zum Beispiel im Rahmen einer verbesserten Früherkennung – heilbar. Auch ein langsames Wachstum, das über Jahre hinweg nur beobachtet werden muss, ist bei manchen Tumoren bekannt. In diesem Fall liegt keine schwere Erkrankung im Sinne dieser Versicherung vor und es erfolgt keine Leistung.

Die in der Definition genannten Ausschlüsse beziehen sich daher auf
- Tumorformen, die aufgrund ihrer biologischen Eigenschaften keine Tochtergeschwülste ausbilden und langsam wachsen. Hinzu kommen Tumoren, die so langsam wachsen, dass eine aggressive Therapie unterbleiben kann. Auch Zufallsbefunde nach geplanten OPs, die im Anschluss keiner weiteren Therapie bedürfen, sind ausgeschlossen.
- Frühformen einer Krebserkrankung oder Vorstufen von Krebs (sogenannte Präkanzerosen).
- Erkrankungen des Blutes und des Knochenmarks, welche aufgrund ihres gutartigen Verlaufs (langsames, symptomarmes Voranschreiten) keine Therapie notwendig machen.

Eine Ausnahme bilden die Tumore des Gehirns: Im Schädel kann auch ein gutartiger Tumor aufgrund seiner Größe oder seiner Lage zu bleibenden Schäden – in erster Linie Nervenschäden wie z. B. Lähmungen, partielle Blindheit – führen. Ein gutartiger Hirntumor ist dann mitversichert, wenn es in direkter Folge zu dauerhaften schweren Einschränkungen bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens kommt.
Zur Feststellung der Schwere der Krankheitsfolgen verwenden wir einen Kriterienkatalog (s. Abschnitt b der Anlage 1), mit dem die Fähigkeit zur Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens, inklusive geistiger Fähigkeiten, festgestellt wird.

Bitte beachten Sie die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Maligne:
Maligne bedeutet „bösartig" und bezeichnet in aller Regel die Eigenschaft von Krankheiten, in ihrer Entwicklung voranzu- schreiten und dabei eine zerstörerische Wirkung auf den Gesamtorganismus zu entfalten. Das Gegenteil von „maligne" ist „benigne".

Myelodysplastische Erkrankungen:
Erkrankungen des Knochenmarks, bei denen zu wenige funktionstüchtige Blutzellen gebildet werden.

Zu 2) Neurologische Erkrankungen

Vereinfachte Erläuterung:
Versichert sind alle Erkrankungen des zentralen sowie des peripheren Nervensystems, in deren direkter Folge es zu dauerhaften schweren Einschränkungen bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens kommt.
Zur Feststellung der Schwere der Krankheitsfolgen verwenden wir einen Kriterienkatalog (s. Abschnitt b der Anlage 1), mit dem die Fähigkeit zur Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens, inklusive geistiger Fähigkeiten, festgestellt wird.
Die Diagnose ist von einem Neurologen zu stellen, dabei ist zusätzlich nachzuweisen, dass die Einschränkung mindestens drei Monate ohne Aussicht auf Besserung bestanden hat. Ebenso ist die Feststellung der Krankheitsfolgen nach dem Kriterienkatalog (s. Abschnitt b der Anlage 1) durch den Neurologen zu bestätigen.

Amyotrophen Lateralsklerose (ALS):
ALS ist eine Erkrankung des Nervensystems, die durch einen kontinuierlichen Abbau von Nerven gekennzeichnet ist, die die Muskulatur des Körpers versorgen. Meist beginnt sie mit leichten Symptomen wie Kraftlosigkeit in den Fingern, Zittern der Zunge und häufigem Verschlucken. Im Verlauf kommt es zu einer zunehmenden Schwäche des ganzen Körpers bis hin zum Ausfall der gesamten Muskulatur inklusive der Atemmuskulatur. Die Ursache ist unklar, bei Erstdiagnose im Erwachsenenalter endet die Krankheit innerhalb von Monaten bis wenigen Jahren immer tödlich. Hier leisten wir bei einer gesicherten Diagnose durch einen Neurologen ohne Nachweis der funktionalen Einschränkungen.

Demenzerkrankungen:
Zum Beispiel Morbus Pick, Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson, Chorea Huntington

Elektromyografie:
Untersuchungsmethode, welche die natürlicherweise auftretende elektrische Spannung in einem Muskel misst („Ableitung"). Mit der Methode kann festgestellt werden, ob eine Erkrankung des Muskels bzw. eine Reizleitungsstörung der versorgenden Nerven vorliegt.

Folgen von Infektionskrankheiten:
Auch bakterielle oder virale Infektionen oder durch Pilze oder Parasiten hervorgerufene Entzündungen des Gehirns und der Hirnhäute (Meningitis/Enzephalitis) können zu dauerhaften neurologischen Einschränkungen führen.

Motoneuronenerkrankungen:
Bei der Gruppe der Motoneuronerkrankungen kommt es zu einem voranschreitenden Absterben (Degeneration) von Motoneuronen. Dies sind Schaltzentralen der Nerven, welche die Muskeln steuern. Man findet diese im Gehirn und im Rückenmark. Die häufigsten Erstsymptome sind eine Abnahme der Muskeln (Atrophie) sowie eine Schwäche der Muskulatur der Extremitäten. Die Degeneration ist nicht rückgängig zu machen. Es kommt zu einer voranschreitenden Lähmung und schließlich zum Tod.

Multiple Sklerose:
Bei der Multiplen Sklerose werden wichtige Teile von Nervenzellen durch eine Entzündungsreaktion zerstört. Die Erkrankung verläuft häufig schubweise. Die so geschädigten Nervenbahnen sind nicht mehr in der Lage, ihre Funktion richtig zu erfüllen. Dies kann zu verschiedenen Symptomen führen, die bis zur Vollbehinderung durch Störungen des motorischen Systems mit Lähmungen und Inkontinenz reichen können.

Muskeldystrophien:
Muskeldystrophien sind seltene Erkrankungen der Muskelfasern, welche zu einer Abnahme der Muskelmasse und somit auch der Kraft führen. Betroffen sind insbesondere die Becken- und Schultergürtelmuskulatur. Die Erkrankungen sind erblich bedingt und werden in unterschiedliche Formen eingeteilt.

Neurologisch:
Neurologisch bedeutet „die Neurologie betreffend" oder im erweiterten Sinne „das Nervensystem betreffend". Zum Nervensystem gehören das Gehirn, das Rückenmark und die peripheren Nerven.

Neuropathien, wie das Guillain-Barré-Syndrom:
Eine Neuropathie beschreibt eine Erkrankung der peripheren Nerven, die keine Folge eines Unfalls ist. Sie kann mehrere oder auch nur einzelne Nerven betreffen. Die Schädigung der Nerven macht sich i. d. R. durch Schmerzen oder eine Sensibilitätsstörung des betroffenen Gebiets bemerkbar. Häufig sind hier zunächst die Extremitäten betroffen. Neben der sensorischen (≙fühlen) Störung können auch motorische (≙bewegen) Störungen auftreten. Als Spätfolge kann es dann zu einer Lähmung kommen. Die häufigste Ursache einer Neuropathie ist die Zuckererkrankung (Diabetes mellitus). Weitere Ursachen sind entzündliche Erkrankungen der Gefäße, andere Stoffwechsel- oder Autoimmunerkrankungen (z. B. Guillain-Barré-Syndrom). Zudem können Neuropathien als unerwünschte Arzneimittelwirkungen z. B. im Rahmen einer Chemotherapie bei Tumorerkrankungen auftreten.

(Querschnitts-)Lähmung:
Als Lähmung wird ein kompletter Funktionsverlust eines Muskels oder einer Muskelgruppe als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls bezeichnet. Eine Querschnittslähmung ist ein schwerer Nervenschaden im Bereich des Rückenmarks als Folge von Unfällen (z. B. Wirbelkörperfraktur) oder von Erkrankungen (z. B. Bandscheibenvorfällen, entzündlichen oder infektiösen Erkrankungen).

Schlaganfall:
Als Schlaganfall oder Hirnschlag wird eine unvermittelt beginnende, anhaltende Funktionseinschränkung von Teilen des Gehirns bezeichnet. Diese wird durch eine Störung der Durchblutung und ein dadurch bedingtes Absterben von Gehirnzellen durch Sauerstoffmangel hervorgerufen.
Ursache für Durchblutungsstörungen kann dabei der Verschluss eines Gefäßes durch ein verstopfendes Blutgerinnsel sein. Auch Verschlüsse durch Druck von außen auf das Blutgefäß kommen vor, zum Beispiel bei Blutansammlungen im Gehirn oder im das Gehirn umgebenden Raum, die das Gehirn zusammendrücken.
Schlaganfälle können ganz verschiedene und unterschiedlich schwere Folgen haben, darunter Ausfälle von Muskeln bis zur kompletten Lähmung des Körpers, Beeinträchtigung oder Ausfall von Sinnesorganen (Sehen, Hören, Tasten, Schmecken), Beeinträchtigung oder Verlust von Sprache und Intelligenz. In seltenen Fällen können sie zum Tod führen. Häufiger führen sie zu mittelschweren oder schweren Behinderungen, für die sie in Deutschland die häufigste Ursache sind.

Zu 3) Schwerer Herzinfarkt

Vereinfachte Erläuterung:
Der Herzinfarkt ist ein unvermittelt auftretendes und lebensbedrohliches Ereignis meistens infolge einer Erkrankung der Herzkranzgefäße. Hierbei kommt es als Folge einer Verengung oder eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße zu einer Durchblutungsstörung des Herzmuskels. Im Gegensatz zur Angina pectoris (Enge in der Brust), welche nur vorübergehend für einige Sekunden bis mehrere Minuten auftritt, kommt es bei einem Herzinfarkt immer zum Absterben eines Teils des Herzmuskels. Dieses ist endgültig und nicht umkehrbar.

Versichert sind nur Herzinfarkte, bei denen ein so großer Teil des Herzmuskelgewebes abgestorben ist, dass es zu einer wesentlichen, anhaltenden Pumpleistungsstörung des Herzens kommt.

Angiografie:
Darstellung von Gefäßen, meist Blutgefäßen, mittels diagnostischer Bildgebungsverfahren, beispielsweise Röntgen oder Magnetresonanztomografie (MRT). Hierzu wird häufig ein Kontrastmittel in das Blutgefäß injiziert. Auf dem Bild der aufgenommenen Körperregion zeichnet sich dann der mit dem Kontrastmittel gefüllte Gefäßinnenraum ab.

Ejektionsfraktion:
Als Ejektionsfraktion bezeichnet man den Prozentsatz des Blutvolumens, der von einer Herzkammer (Ventrikel) während einer Herzaktion ausgeworfen wird, in Bezug auf das Gesamtvolumen der entsprechenden Herzkammer.

NSTEMI:
Ein Nicht-ST-Hebungsinfarkt, kurz NSTEMI, ist ein Herzinfarkt, bei dem es im EKG nicht zu ST-Hebungen, also den typischen Infarktzeichen, kommt.

Zu 4) Chronische Herzinsuffizienz und sonstige schwere Herzerkrankungen

Vereinfachte Erläuterung:
Die Herzinsuffizienz bezeichnet einen Zustand, in dem das Herz nicht in der Lage ist, den Körper mit ausreichend Sauerstoff zu versorgen, da die notwendige Pumpleistung vom „Muskel Herz" nicht erbracht werden kann. Hierdurch kommt es zu einer Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Diese kann sich vielfältig äußern, z. B. durch Enge in der Brust, Müdigkeit, Luftnot etc. Es gibt viele verschiedene Ursachen der Herzinsuffizienz, wie z. B. Herzschwäche unterschiedlicher Ursachen, Herzklappenerkrankungen, Herzerkrankungen infolge von Bluthochdruck.

Versichert ist die Herzinsuffizienz oder eine sonstige Herzerkrankung nur, wenn sie dauerhaft einen Schweregrad erreicht, bei der der Versicherte auch unter leitliniengerechter Behandlung bereits bei leichter körperlicher Belastung Beschwerden hat.
Zudem leisten wir bei einer bestätigten schweren Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße, die nicht behandelbar ist und bereits in Ruhe zu Schmerzen und Enge in der Brust führt.

Endovaskuläre Revaskularisation:
Eine endovaskuläre Revaskularisation ist eine Wiedereröffnung von verschlossenen Gefäßen im Rahmen einer Katheteruntersuchung.

Zu 5) Herzklappen-Operation und Bypass-Operation am Herz

Vereinfachte Erläuterung:
Versichert sind ein Herzklappenersatz sowie operative chirurgische Wiederherstellungen von Herzklappen, wenn sie am eröffneten Brustkorb oder mittels Schlüssellochmethode durchgeführt werden.
Bis auf die TAVI sind alle Verfahren/Eingriffe, die durch einen Katheter z. B. über die Leisten- oder Armarterie durchgeführt werden, nicht versichert.

Bitte beachten Sie die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Vereinfachte Erläuterung:
Eine Bypass-Operation am Herzen ist eine im Rahmen eines operativen Eingriffs vorgenommene Gefäßüberbrückung für eine Engstelle an einem oder an mehreren Herzkranzgefäßen. Dabei wird die Blutversorgung über einen neuen Zufluss hinter der Engstelle an dem betroffenen Gefäß wiederhergestellt. Hierzu werden körpereigene Arterien oder Venen des Patienten umgeleitet oder als Überbrückung direkt von der Hauptschlagader genutzt. Dadurch wird eine ausreichende Blutversorgung des Herzmuskels wiederhergestellt. Eine Leistung erfolgt auch nach Bypass-Operation durch die sogenannte Schlüsselloch-Methode.

Bitte beachten Sie die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Eröffnung des Sternums:
Längsdurchtrennung des Brustbeins (Sternum)

Minithorakotomie:
Die Thorakotomie ist ein Eingriff, bei dem der Brustkorb (Thorax) über einen Schnitt zwischen den Rippen chirurgisch eröffnet wird. Bei der Minithorakotomie wird ein nur etwa sechs bis acht Zentimeter langer Schnitt gesetzt.

TAVI:
Kathetergestützte minimalinvasive Implantation einer Aortenklappenprothese für Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko. Im Gegensatz zum Aortenklappenersatz wird die erkrankte Klappe bei diesem Eingriff nicht entfernt.

Zu 6) Aortenchirurgie

Vereinfachte Erläuterung:
An der Hauptschlagader können sich mit Blut gefüllte sackartige Ausstülpungen (Aussackungen, Aneurysmen) ausbilden. Bei einer Vorschädigung der Innenhaut des Gefäßes (z. B. bei Verkalkungen) kann es auch zu einem Einreißen der Innenhaut kommen, sodass Blut zwischen den verschiedenen Wandschichten des Gefäßes in einer Art Kanal fließt. Dieser Kanal kann an einer weiteren Stelle zu einem Loch nach außen (Ruptur) führen oder wieder in das eigentliche Gefäß münden.
Die Aussackungen müssen ab einer bestimmten Größe vorsorglich operiert werden. Eine Leistung erfolgt nur, wenn die Notwendigkeit zur Operation nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) erfolgt ist und ein Teil der Aorta durch eine Gefäßprothese operativ ersetzt wird. Eine Leistung erfolgt nicht, sofern die Aorta mittels eines Stents im Rahmen einer Angiografie verstärkt wird. Versichert sind nur Operationen der Hauptschlagader selbst (Aorta thoracalis und abdominalis), nicht jedoch an abgehenden Gefäßen.

Bitte beachten Sie die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Bei Einrissen (Dissektion oder Rupturen) der Hauptschlagader erfolgt in der Regel eine Notoperation. In diesem Fall entfällt die Wartezeit.

Aneurysma:
Ein Aneurysma ist die krankhafte Aussackung einer Schlagader.

Marfan-Syndrom:
Das Marfan-Syndrom (MFS) ist eine genetisch bedingte Bindegewebserkrankung.

Zu 7) Schwerer Leberschaden

Vereinfachte Erläuterung:
Die Leber ist das wichtigste Stoffwechselorgan des Körpers und kann bei Schädigung nicht einfach durch Medikamente ersetzt werden.
Eine chronische Schädigung des Organs führt zu einem bindegewebigen Umbau der Leber. Hierbei wird das Funktionsgewebe der Leberläppchen teilweise durch Bindegewebsfasern verdrängt. Dies führt zu einem zunehmenden Funktionsverlust des Organs.
Das Endstadium dieses Umbauvorgangs wird als Leberzirrhose bezeichnet. Fast alle chronischen Lebererkrankungen können dies hervorrufen.
Die Leber kann ihren Aufgaben, z. B. der Entgiftung des Körpers, der Speicherung von Nährstoffen und der Regulierung der Blutgerinnung nicht mehr gerecht werden.
Eine chronische Schädigung der Leber kann z. B. durch eine chronische Virushepatitis B oder C, durch eine Autoimmunerkrankung oder eine angeborene Stoffwechselerkrankung verursacht werden.
Häufig verläuft der schwere chronische Leberschaden lange Jahre ohne Beschwerden.

Erst wenn dauerhaft Symptome (bewertet nach der Child-Pugh-Klassifikation im Stadium C) auftreten, die auch durch Medikamente, Diäten, Änderung des Lebensstils oder medizinische Maßnahmen wie z. B. Punktionen nicht zu beherrschen sind, tritt gemäß unseren Bedingungen der Leistungsfall ein.
Eine Leberzirrhose ist auch eine häufige Folge von Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum oder Medikamentenmissbrauch. In diesem Fall ist eine Leistung entsprechend § 2 Absatz 2 der allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschlossen.

Bei einigen Erkrankungen kann es auch durch eine akute Schädigung zu einem Funktionsausfall der Leber kommen, der durch medizinische Allgemeinmaßnahmen nicht zu beherrschen ist. Hier leisten wir bei Listung zur Transplantation.

Zu 8) Chronische Niereninsuffizienz

Vereinfachte Erläuterung:
Eine schwere chronische Niereninsuffizienz stellt das Endstadium verschiedener Nierenerkrankungen dar und bedeutet, dass die Nieren ihre Funktion verloren haben, giftige Stoffwechselprodukte oder Flüssigkeit auszuscheiden.
Auch die Regulierung des Elektrolythaushaltes, die Regulierung des Säure-Basen Haushaltes und die Hormonabgabe zur Bildung des Blutfarbstoffes und Regulierung des Blutdrucks sind nicht mehr ausreichend möglich. Die Schädigung ist nicht rückgängig zu machen und auch durch Medikamente nicht zu behandeln. Daher ist ein Nierenersatzverfahren, eine sogenannte Dialyse, dauerhaft notwendig.
Wir leisten im Endstadium der chronischen Niereninsuffizienz oder wenn dauerhaft eine Dialyse erfolgt.
Bei einer nur vorübergehenden Dialyse von weniger als 6 Monaten im Rahmen eines akuten Nierenversagens erfolgt keine Leistung.

Glomeruläre Filtrationsrate:
Die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) gibt das Gesamtvolumen des Primärharns an, das von allen Glomeruli beider Nieren zusammen, in einer definierten Zeiteinheit, gefiltert wird. Dies sind bei einem Menschen mit normalen Blutdruckwerten ca. 120 Milliliter pro Minute beziehungsweise circa 170 Liter pro Tag. Die GFR sinkt physiologisch mit zunehmendem Alter oder pathologisch bei Nierenerkrankungen verschiedener Art.

Peritonealdialyse:
Bei der Peritonealdialyse benutzt man das gut durchblutete, halb durchlässige Bauchfell (Peritoneum) des Patienten als körpereigene Filtermembran für das Blut. Bei der Bauchfelldialyse lässt man mehrmals am Tag eine sterile Dialyselösung (Spüllösung, Dialysat) über einen Katheter in die Bauchhöhle fließen, welche die giftigen Stoffwechselprodukte aufnimmt.

Zu 9) Organ oder Knochenmark (Stammzell-)Transplantation

Vereinfachte Erläuterung:
Heutzutage gibt es die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen Organe zu ersetzen. Wir leisten nach durchgeführter Transplantation des gesamten Herzens, der Lunge (ganz oder teilweise), der Leber (ganz oder teilweise), einer Niere, des Darms oder der Bauchspeicheldrüse.
Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person Empfänger des Transplantats ist.
Auch eine Therapie mit Stammzellen wird bei bestimmten Erkrankungen des Blutes und des Knochenmarks heutzutage regelhaft durchgeführt. Hier leisten wir, wenn dies im Rahmen einer speziellen Hochdosischemotherapie erfolgt, wo zuvor das eigene Knochenmark durch ein Chemotherapeutikum vollkommen zerstört wurde.

Bitte beachten Sie die Wartezeit gemäß § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Split-Leber:
Die Fähigkeit der Leber, sich zu regenerieren, macht sich das Verfahren der Split-Leber zunutze. Dabei wird ein Spenderorgan auf zwei Empfänger aufgeteilt.

Zu 10) Schwere chronische Lungenerkrankungen

Vereinfachte Erläuterung:
Wir leisten bei Erkrankungen der Lunge, die zu einem (teilweisen) Funktionsverlust des Organs mit hieraus folgender anhaltender Leistungseinschränkung führen.
Zu den Erkrankungen, die zu einem solchen Funktionsverlust führen können, zählen die Lungenfibrose (d. h. die Versteifung der Lunge mit einer Bindegewebsbildung zwischen den Lungenbläschen), das Lungenemphysem (d. h. eine nicht mehr behebbare Überblähung der Lungenbläschen), die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD), Asthma bronchiale sowie wiederkehrende Lungenembolien (d. h. die Verstopfung eines Blutgefäßes in der Lunge).

Für eine Leistung muss auch unter leitliniengerechter Behandlung bereits bei leichter Belastung Luftnot bestehen und dieser Zustand bereits seit 3 Monaten bestanden haben ohne Aussicht auf eine Besserung.

Behinderung der Diffusion oder der Perfusion:
Im menschlichen Körper spielt der Gasaustausch bei der Atmung eine entscheidende Rolle. Diffusionsstörungen sind Gasaustauschstörungen. Hier kann der Sauerstoff nur erschwert im Blut aufgenommen werden und auch Kohlendioxid erschwert in die Lunge abgegeben werden. Im Gegensatz hierzu ist bei einer Perfusionsstörung der Durchstrom des Blutes durch die Lunge behindert.

Bodyplethysmografie:
Verfahren der Lungenfachkunde zur Messung von Lungen- und Atemparametern.

Hochgradig eingeschränkte Compliance:
Die Lungendehnbarkeit bzw. Lungencompliance ist eine physikalische Größe, welche die Compliance (Dehnbarkeit) der Lunge und damit ihre elastischen Eigenschaften beschreibt. Sie gibt das Verhältnis von Veränderung des Lungenvolumens und der daraus resultierenden Druckveränderung in der Maßeinheit ml/mbar wieder.

Respiratorische Partial- oder Globalinsuffizienz:
Wenn die Tätigkeit der Lunge nicht mehr ausreicht, um genügend Sauerstoff in das Blut abzugeben oder hinreichend Kohlendioxid aus dem Blut aufzunehmen, spricht man von einer respiratorischen Insuffizienz.
Bei der Partialinsuffizienz ist der Sauerstoffgehalt im Blut zu niedrig. Der Kohlendioxidgehalt bleibt aber im normalen Bereich, d. h., es besteht zwar ein Sauerstoffmangel, es sammeln sich aber keine giftigen Produkte an.
Bei der wesentlich gefährlicheren Globalinsuffizienz kommt zum Sauerstoffmangel noch der zunehmend ansteigende Kohlendioxidgehalt des Blutes hinzu.

Schwere Restriktion oder schwere Obstruktion:
Störungen der Atmung. Bei der Restriktion ist die Dehnbarkeit (Compliance) der Lunge und/oder des Thorax vermindert. Bei der Obstruktion liegt eine Verengung der Atemwege vor. Die Luft kann nur erschwert ausgeatmet werden.

Zu 11) Autoimmunerkrankungen

Vereinfachte Erläuterung:
Autoimmunerkrankungen entstehen, wenn das Immunsystem körpereigenes Gewebe fälschlicherweise als fremd erkennt, angreift und zerstört. Es gibt eine Vielzahl von Erkrankungen, die sehr verschieden verlaufen können und im schlimmsten Fall bis zum Tod führen können.
Die Leistung erfolgt bei schweren Folgezuständen von Autoimmunerkrankungen. Zur Feststellung der Schwere der Krankheitsfolgen verwenden wir einen Kriterienkatalog (s. Abschnitt b der Anlage 1), mit dem die Fähigkeit zur Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens, inklusive geistiger Fähigkeiten, festgestellt wird.

Lupus erythematodes:
Der systemische Lupus erythematodes gehört zu den sogenannten Kollagenosen. Aus noch unbekannten Gründen greifen Immunzellen körpereigenes Gewebe an. Es entstehen sogenannte Immunkomplexe, die sich über den Blutkreislauf im ganzen Körper verteilen und in nahezu allen Organen abgelagert werden können. Folgen sind Entzündungen in diesen Organen bis hin zu schweren Funktionseinschränkungen.

Rheumatoide Arthritis:
Als Gelenkrheuma bezeichnet man eine Gruppe von Erkrankungen, bei denen es durch Entzündungsvorgänge zu einer Veränderung und Zerstörung von Gelenken des Körpers kommt. Patienten beklagen meist Gelenkschmerzen, Gelenküberwärmung, eine Funktionseinschränkung und bei weiter fortgeschrittenen Stadien Fehlstellungen und Verkrüppelungen. Die Erkrankung verläuft meistens schubweise mit Phasen vermehrter und verminderter Aktivität.

Teil 2: Vereinfachte Erläuterungen zu sonstigen Fachbegriffen

Allgemeine Versicherungsbedingungen
Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die IDEAL TotalProtect beschreiben die Regeln, die für diese Versicherung und für unser Vertragsverhältnis gelten.

Anschlussgarantie
Ihre IDEAL TotalProtect enthält eine Anschlussgarantie. Sie beschreibt die Möglichkeit, wie Sie Ihren Versicherungsschutz während der Laufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern können. Die Anschlussgarantie ist in § 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Arglist, arglistig
Bei Arglist handelt es sich um einen Rechtsbegriff. Die Folgen von Arglist sind in § 123 BGB geregelt. Arglistig handelt jemand, der einen Sachverhalt nicht korrekt wiedergibt, um jemand anderes dazu zu bewegen, zum Beispiel einen Vertrag zu schließen, den er nicht geschlossen hätte, wenn er die Wahrheit gekannt hätte. Dabei wird nicht unterschieden, ob derjenige, der arglistig handelt, bewusst eine falsche Aussage trifft oder es nur für möglich hält, dass seine Aussage nicht zutreffen könnte.
Beispiel:
Bei Beantragung von Versicherungen kommt es immer wieder vor, dass die Erkrankung einer Versicherten Person verschwiegen wird, um Versicherungsschutz für den sehr wahrscheinlichen Eintritt einer schweren Erkrankung zu erhalten. Hätte der Versicherer von der Erkrankung der Versicherten Person gewusst, hätte er die IDEAL TotalProtect nicht abgeschlossen. Denn die Kalkulation des Versicherers geht nur auf, wenn der Eintritt eines Versicherungsfalls ungewiss ist. Nur so funktioniert das Versicherungsprinzip. Der Versicherer sagt allen Versicherten eine Leistung für den Fall einer schweren Erkrankung, des Todes oder einer dauerhaften schweren Leistungseinschränkung zu. Ein Teil der Versicherten wird dann tatsächlich schwer krank, ein anderer Teil nicht. Wird ein Versicherter niemals schwer krank, finanzieren seine Beiträge die Leistungen der anderen Versicherten mit.
Letztendlich schadet der Antragsteller mit seiner Arglist allen anderen Versicherten, da er aus dem gemeinschaftlich angesammelten Kapital eine nicht gerechtfertigte Leistung erhält. Um die Interessen aller Versicherten zu wahren, müssen wir diesen Sachverhalt in unseren Versicherungsbedingungen regeln.

Ausscheideordnung
Es gibt Statistiken darüber, wie lange Menschen eines jeden Geburtenjahrgangs in Deutschland durchschnittlich leben, wie wahrscheinlich es ist, dass sie ein bestimmtes Alter erreichen, und wie lange sie dann noch leben. Ebenso gibt es Statistiken darüber, wie wahrscheinlich das Eintreten einer schweren Erkrankung ist, z. B. einer Krebserkrankung oder eines schweren Herzinfarkts. Diese Statistiken nennt man Sterbetafeln, Rententafeln, Invalidisierungstafeln, Pflegetafeln oder zusammengefasst: Ausscheideordnungen. Sie beantworten uns die oben gestellte Frage.
Hierzu ein vereinfachtes Beispiel einer Todesfallversicherung:
Wir vereinbaren mit 1.000 Personen, die alle im gleichen Jahr geboren sind, dass ihre Hinterbliebenen 100.000 € erhalten, wenn sie innerhalb der nächsten zehn Jahre sterben. Statistisch gesehen stirbt eine dieser 1.000 Personen in diesem Zeitraum. Ohne Berücksichtigung anderer Einflüsse wie Zins und Kosten benötigen wir somit 100.000 € × 1 : 1.000 = 100 € Beitrag von jeder dieser Personen.

Behandlungsleitlinien, Leitliniengerechte Behandlung
Medizinische Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Feststellungen und Empfehlungen zur Behandlung von Krankheiten und dauerhaften Funktionseinschränkungen. In der Regel basieren diese auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und werden demnach in Abständen immer wieder erneuert.
Die Leitlinien dienen Ihrem Arzt als Entscheidungshilfe über die angemessene Gesundheitsversorgung, und die dort dokumentierten Diagnose- und Therapieverfahren müssen für jeden Patienten individuell angepasst werden hinsichtlich Nebenerkrankungen, Unverträglichkeiten usw. Die optimale Therapie der gleichen Erkrankung kann daher unterschiedlich ausfallen und sich auch im Verlauf verändern.
In Deutschland wird die Entwicklung medizinischer Behandlungsleitlinien in erster Linie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) koordiniert. Leitlinien werden aber auch von der ärztlichen Selbstverwaltung (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung) oder von Berufsverbänden und von europäischen Fachgesellschaften entwickelt und verbreitet. Die Anwendung einer Leitlinie auf den Einzelfall muss mittels medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkun-

de nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand erfolgen. Als aktueller Erkenntnisstand sind solche durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden.

Beitragsfreistellung
Möchten Sie geplante Beiträge nicht zahlen, haben Sie verschiedene Möglichkeiten. Eine davon ist die Beitragsfreistellung. Bei einer Beitragsfreistellung stellen Sie Ihre Beitragszahlung für einen unbestimmten Zeitraum ein. Wie das genau funktioniert, haben wir in den Versicherungsbedingungen unter § 6 Absatz 5 b) beschrieben.

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

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir monatlich neu.

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

Dabei gibt es zwei Arten von Bezugsrecht:
- Das widerrufliche Bezugsrecht können Sie jederzeit ändern.
- Das unwiderrufliche Bezugsrecht kann nur geändert werden, wenn die einmal als bezugsberechtigt benannte Person der Änderung zustimmt.

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – kurz BaFin – vereinigt die Aufsicht über Banken und Finanzdienstleister, Versicherer und den Wertpapierhandel unter einem Dach. Sie ist eine selbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts und unterliegt der Rechts- und Fachaufsicht des Bundesministeriums der Finanzen. Sie finanziert sich aus Gebühren und Umlagen der beaufsichtigten Institute und Unternehmen.
Neben der Beaufsichtigung besteht eine weitere Aufgabe der BaFin darin, Kundenbeschwerden zu bearbeiten. Hier erfahren Sie mehr über die BaFin: www.bafin.de. Anschrift: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

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

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

Einlösungsbeitrag
So nennen wir Ihren ersten Beitrag, den Sie für Ihre IDEAL TotalProtect zahlen.

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

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

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

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

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

- Ausscheideordnungen
- Garantiezins
- Überschüsse
- Kosten

Grundlagen und Rechnungsgrundlagen sind als Synonym zu verstehen.

Höchstzillmersätze
Der Höchstzillmersatz beträgt 2,5 %.

Kosten
Ein Versicherer – und so auch die IDEAL – hat Ausgaben. Wir bezahlen zum Beispiel unsere Mitarbeiter oder unsere Vertriebspartner für ihre Arbeit. Darüber hinaus entstehen Ausgaben zum Beispiel für die Einhaltung rechtlicher und gesetzlicher Anforderungen oder für die Einrichtung und den Unterhalt von zeitgemäßen technischen Hilfen wie Bestandsführungssystemen oder PCs für die Mitarbeiter. Diese Ausgaben geben wir in Form von Kosten an unsere Versicherungsnehmer weiter, indem wir sie in die Versicherungen einkalkulieren.
Eine umfassende Erläuterung, wie wir dabei vorgehen, finden Sie in § 11 der Versicherungsbedingungen.
Die Höhe dieser Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt und Ihrer jährlichen Wertmitteilung entnehmen.

Mitwirkungspflichten
Siehe Obliegenheiten.

Nachversicherungsgarantie
Ihre IDEAL TotalProtect enthält Nachversicherungsgarantien. Sie beschreiben die Möglichkeit, wie Sie Ihren Versicherungsschutz während der Laufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen können. Diese Nachversicherungsgarantien sind in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

Neugeschäft
Unter Neugeschäft verstehen wir die Verträge oder Versicherungsprodukte, die zu einem genannten Zeitpunkt neu bei uns abgeschlossen werden können. Demgegenüber steht das Bestandsgeschäft, also in der Vergangenheit abgeschlossene Verträge oder Versicherungsprodukte, die noch nicht beendet sind.

Beispiel: Heute können Sie die IDEAL TotalProtect abschließen. Es kann sein, dass wir die IDEAL TotalProtect in fünf Jahren nicht mehr anbieten, weil wir stattdessen ein anderes Produkt entwickelt haben. Dann könnten Sie die IDEAL TotalProtect nicht mehr abschließen, weil sie für das Neugeschäft nicht mehr zur Verfügung steht. Stattdessen könnten Sie das neue Produkt abschließen, da dieses nun zur Verfügung steht. Eine bereits laufende IDEAL TotalProtect kann natürlich weitergeführt werden, da sie kein Neugeschäft, sondern Bestandsgeschäft ist.

Obliegenheiten
Bei der Obliegenheit handelt es sich um einen Rechtsbegriff. Hat jemand eine Obliegenheit zu erfüllen, muss er eine Pflicht wahrnehmen. Kommt er dieser nicht nach, kann er seine Rechte verlieren.
Solche Obliegenheiten gibt es auch bei Versicherungsverträgen, zum Beispiel in Form von Mitwirkungspflichten.
Welche Obliegenheiten es bei Versicherungen gibt, ist gesetzlich bzw. vertraglich geregelt – genauso wie die Folgen bei Verletzung einer Obliegenheit. § 1 Absatz 5 und § 7 der jeweiligen Versicherungsbedingungen können Sie entnehmen, welche Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten Sie speziell bei Ihrer IDEAL TotalProtect beachten müssen.

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

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

Rechnungsgrundlagen
Grundlagen und Rechnungsgrundlagen sind als Synonym zu verstehen.

Risikoprüfung
Es gibt zwei Arten von Risikoprüfungen: die finanzielle Risikoprüfung und die Gesundheitsprüfung.
Eine gute finanzielle Ausstattung unserer Kunden lässt auf verwaltungsärmere Prozesse hoffen, da zum Beispiel weniger oft die Zahlung der Beiträge angemahnt werden muss. Außerdem bestimmen die finanziellen Verhältnisse in der Regel die Höhe der gewählten Absicherungen.
Eine Gesundheitsprüfung nehmen wir bei der IDEAL TotalProtect ebenfalls vor. Wie wir beschrieben haben, berechnen wir unsere Leistungen unter anderem auf Grundlage von Statistiken. Diese Statistiken geben zum Beispiel Auskunft darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit Personen eines bestimmten Alters krank werden. Ist die Versicherte Person jedoch derart erkrankt, dass versicherte Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit kurz bevorsteht, geht die Kalkulation des Versicherers nicht mehr auf. Daher müssen wir mithilfe einer Gesundheitsprüfung sicherstellen, dass der Versicherungsfall des Einzelnen ungewiss ist. Nur so funktioniert das Versicherungsprinzip. Der Versicherer sagt allen Versicherten eine Leistung für den Fall einer versicherten Erkrankung zu. Ein Teil der Versicherten erkrankt dann tatsächlich an einer versicherten Erkrankung, ein anderer Teil nicht. Erkrankt ein Versicherter niemals an einer versicherten Erkrankung, finanzieren seine Beiträge die Versicherungsleistungen der anderen Versicherten mit.
Bei der Gesundheitsprüfung sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Im Rahmen der Antragstellung/Vertragsänderung müssen Sie dazu Gesundheitsfragen beantworten. Dabei müssen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht beachten.

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

SEPA-Lastschrift
Das SEPA-Mandat hat 2014 die bisher bekannte Lastschrift abgelöst. SEPA wurde eingeführt, um einen europäischen Standard zu schaffen und somit Überweisungen ins Ausland zu vereinfachen.
Bei einer SEPA-Lastschrift geben Sie den Betrag, den Empfänger, Ihre Versicherungsnummer als Verwendungszweck und Ihre IBAN an. Ihre IBAN enthält die früher getrennten Informationen Ihrer Kontonummer und Ihrer Bankleitzahl. Die BIC müssen Sie nicht angeben, sie ist nur für Überweisungen ins Ausland notwendig.
Ungültig werden kann ein SEPA-Mandat zum Beispiel in folgenden Fällen:

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

In diesen Fällen ist ein neues SEPA-Mandat ratsam.

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

Steuerinformationsblatt
Im Steuerinformationsblatt finden Sie Hinweise darauf, wie Ihre IDEAL TotalProtect und deren Leistung steuerlich behandelt werden.

Stornoabzug, Erläuterungen
Die Kalkulation der IDEAL TotalProtect 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 IDEAL TotalProtect 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 seiner aktuellen Risikosituation (z. B. Gesundheitszustand) und seiner künftigen Risikoverlaufs (z. B. zukünftige

Lebenserwartung) vorzeitig kündigt und die Versichertengemeinschaft verlässt. Dabei werden häufiger die Verträge gekündigt, bei denen der Versicherungsnehmer davon ausgeht, dass er im weiteren Vertragsverlauf die Versicherungsleistung eher nicht in Anspruch nimmt. Diese subjektive Entscheidung zur Kündigung eines Vertrags hat Auswirkungen auf die Zusammensetzung des verbleibenden Versicherungsbestandes. Mit der Kündigung wird das individuell gebildete Deckungskapital des Vertrags aufgelöst. Die Summe aller individuellen Deckungskapitale bildet zusammen mit allen Beitragszahlungen die kalkulatorische Basis für die kollektive Risikotragung in der Versichertengemeinschaft, um die zugesagten Versicherungsleistungen zu garantierten. 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 zu beenden. Dieses geschieht aus subjektiver Abwägung und möglicher persönlicher Vorteilsnahme gegenüber der Versichertengemeinschaft einseitig durch den kündigenden Versicherungsnehmer.

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

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

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

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

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

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

Die über den Garantiezins hinausgehenden Überschüsse werden jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist der für die Beaufsichtigung von Versicherern zuständigen Behörde, der BaFin, einzureichen.

Eine umfassende Erläuterung, wie wir dabei vorgehen, finden Sie in § 4 der Versicherungsbedingungen.

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

Verantwortlicher Aktuar
Aktuare sind Mathematiker, deren Fachgebiet die Versicherungsmathematik ist. Sie legen auf Basis der Rechnungsgrundlagen das Formelwerk fest, das hinter jedem Versicherungsprodukt steht. Anhand dieses Formelwerks werden Beitrag und Leistungen berechnet.

Der Verantwortliche Aktuar eines Versicherers hat dabei eine herausragende Position. Er überwacht zum einen die Richtigkeit der Kalkulationen. Zum anderen bestimmt er zum Beispiel, wie viel Geld der Versicherer für die Zahlung von Versicherungsleistungen bereithalten muss und in welcher Höhe Überschussbeteiligungen gutgeschrieben werden können.

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

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

Versicherungsjahr
Das erste Jahr der Vertragslaufzeit fängt mit dem Tag an, den Sie als Versicherungsbeginn für Ihre IDEAL TotalProtect festgelegt haben. Es endet nach genau zwölf Monaten, und das nächste Versicherungsjahr beginnt. Das Jahr der Vertragslaufzeit ist also nicht mit dem Kalenderjahr identisch.
Beispiel:
Beginn Ihrer Versicherung ist der 01.05.2017.
Das erste Versicherungsjahr beginnt am 01.05.2017 um 0:00 Uhr und endet am 30.04.2018 um 24:00 Uhr.
Das zweite Versicherungsjahr beginnt am 01.05.2018 um 0:00 Uhr und endet am 30.04.2019 um 24:00 Uhr.
Die weiteren Versicherungsjahre schließen sich entsprechend an.

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

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

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

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

Beispiele: Ein Sohn geht als Versicherungsnehmer die Absicht ein, die Leistungen/Produkte nicht im eigenen Interesse, sondern tatsächlich für die Interessen eines Dritten, seines Vaters, der Beitragszahler ist, zu nutzen. Das erfordert, die Identität eines solchen Dritten festzustellen und risikoangemessen zu überprüfen.
Im Kapitalisierungsfall der Versicherung soll die Auszahlung nicht an den Versicherungsnehmer, sondern an einen Dritten gehen. Um Strohmanngeschäften entgegenzuwirken und denjenigen sichtbar zu machen, in dessen wirtschaftlichem oder rechtlichem Interesse die Transaktion erfolgt, muss hier die Wirtschaftliche Berechtigung festgestellt werden.

Zu viel gezahlte Beiträge
Zu viel gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.

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

Gibt es etwas, was Sie wissen möchten und was hier nicht erläutert ist?
Dann schicken Sie uns eine Nachricht: info@ideal-versicherung.de

IDEAL TotalProtect

Steuerinformationen

Die nachfolgenden Steuerhinweise geben keine abschließende, sondern nur eine vereinfachte Darstellung der steuerlichen Behandlung wieder und können eine steuerliche Beratung unter Berücksichtigung Ihrer individuellen steuerlichen Situation nicht ersetzen.

Steuerliche Behandlung der Beiträge und Leistungen

Die auf Ihre IDEAL TotalProtect geleisteten Beiträge sind grundsätzlich nicht sonderausgabenabzugsfähig im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung. Die Auszahlung im Leistungsfall oder bei Kündigung unterliegt nicht der Einkommensteuer. Diese sind nicht steuerbar als reine Risikoleistungen.

Erbschaftsteuer/Schenkungsteuer/steuerliche Ansässigkeit

Die Versicherungsleistung ist schenkungsteuerfrei, wenn sie an den Versicherungsnehmer selbst ausgezahlt wird. Erhält die Leistung nicht der Versicherungsnehmer, sondern eine andere Person, dann liegt beim Empfänger gewöhnlich ein schenkungsteuerpflichtiger Erwerb vor. Ebenso kann ein schenkungsteuerpflichtiger Vorgang vorliegen, wenn die Versicherungsbeiträge nicht vom Versicherungsnehmer selbst, sondern von einem Dritten bezahlt werden.

Für Leistungen aus dieser Versicherung fällt Erbschaftsteuer an, wenn sie bei Tod des Versicherungsnehmers als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Ob es zu einer steuerpflichtigen Zahlung kommt, richtet sich nach dem gesamten steuerpflichtigen Erwerb unter Berücksichtigung von Freibeträgen.

Wenn Versicherungsnehmer und Empfänger der Versicherungsleistung nicht identisch sind, müssen wir vor der Auszahlung der Leistung eine Meldung an das Finanzamt abgeben. Soll die Zahlung in das Ausland erfolgen, benötigen wir vorher eine Unbedenklichkeitsbescheinigung des Finanzamtes, weil wir sonst für eine gegebenenfalls zu zahlende Erbschaftsteuer haften (§ 20 Abs. 6 Erbschaftsteuergesetz).

Versicherungsteuer

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

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

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

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

steuer_itp_0122

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

Änderungen des Steuerrechts

Die hier gegebenen Hinweise basieren auf der deutschen Gesetzgebung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zum 01.01.2018. 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).

IDEAL Lebensversicherung a.G.
Ein Unternehmen der **IDEAL** Gruppe
Kochstraße 26 • 10969 Berlin
www.ideal-versicherung.de

IDEAL Versicherung