

IDEAL SterbeGeld

Vertragsinformationen Stand: 01.2022

Inhalt

Versicherer- und Verbraucherinformationen (Stand: 01.2022)	3
Widerrufsbelehrung	7
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AB_ISG_2022A)	11
Allgemeine Bedingungen für die Rückholkostenversicherung	28
Nutzungsbedingungen für den Vertrags- und Nachlassmanager	32
Ergänzende Bedingungen für die Beitragsbefreiung im Pflegefall (EB_BB_2022A)	33
Steuerinformationen	54

Versicherer- und Verbraucherinformationen

(Stand: 01.2022)

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

1. Wer ist Ihr Versicherer?

Ihr Vertragspartner ist die IDEAL Lebensversicherung a.G.

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

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 dieser Versicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds nach §§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes, der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Versicherungsverträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der Versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin gehört dem Sicherungsfonds an.

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

- a) Für Ihr IDEAL SterbeGeld gelten folgende Versicherungsbedingungen
- Allgemeine Bedingungen für das IDEAL SterbeGeld (AB-ISG-2022A)
 - Allgemeine Bedingungen für die Rückholkostenversicherung (AB-Rueckholung-2022A)
 - Nutzungsbedingungen für den Vertrags- und Nachlassmanager
 - Ergänzende Bedingungen für die Beitragsbefreiung im Pflegefall (EB_BB_2022A)
- b) Die für Ihr Versicherungsverhältnis geltenden Vertragsbestimmungen, insbesondere Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen können Sie
- dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
 - der Mitteilung der Wertentwicklung
 - dem Antrag und Versicherungsschein entnehmen.
- c) Nebenleistungen
- Eventuell vorhandene Nebendienstleistungen können nicht getrennt vom Versicherungsvertrag gekauft werden.

6. Was ist der Gesamtpreis für Ihr IDEAL SterbeGeld?

Den gesamten zu entrichtenden Beitrag für Ihr IDEAL SterbeGeld 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?

Gegebenenfalls können für den Nachweis unserer Leistungspflicht und die Erbringung der Versicherungsleistung Kosten entstehen. In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen lesen Sie, ob Zuzahlungen zum Deckungskapital oder Schlusszahlungen durchgeführt werden können. Falls diese möglich sind, fallen Kosten in Höhe von 2 % des Einzahlungsbetrages an. Einzelheiten für die Beitragsbefreiung im Pflegefall entnehmen Sie bitte den Ergänzenden Bedingungen für die Beitragsbefreiung im Pflegefall (EB_BB_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 Überschussermittlung und Überschussbeteiligung?

Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe finden Sie in § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-ISG-2022A).

9. Wo finden Sie Angaben zum Rückkaufswert?

Ihr IDEAL SterbeGeld 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?

Vor Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer besteht die Möglichkeit der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung. Die Höhe der garantierten beitragsfreien Versicherungsleistungen finden Sie in der Mitteilung der Wertentwicklung.

Den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie § 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-ISG-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 (AB-ISG-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 im § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-ISG-2022A) nach. Für die Beitragsbefreiung im Pflegefall gelten zusätzlich die Ergänzenden Bedingungen für die Beitragsbefreiung im Pflegefall (EB_BB_2022A).

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

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

14. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

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

Ihr Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung. Was Sie bei der Beitragszahlung zu beachten haben und was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, lesen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-ISG-2022A) nach. Sie erteilen Ihre Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist.

15. Welches Widerrufsrecht haben Sie?

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

16. Wie lang ist die Laufzeit Ihres IDEAL SterbeGeldes?

Der Vertrag gilt lebenslang.

17. Wann endet Ihr IDEAL SterbeGeld?

Ihr IDEAL SterbeGeld endet mit Tod der Versicherten Person oder bei Kündigung.

Nähere Angaben zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen und zur Auszahlung eines Rückkaufswertes finden Sie in den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-ISG-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 Versicherung.

19. Welches Recht wenden wir an?

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

20. Welche Vertragssprache gilt?

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

21. An wen können Sie sich bei Beschwerden wenden?

Beschwerdemanagement bei der IDEAL Versicherungsgruppe

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

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

Per Post: IDEAL Versicherungsgruppe, Postfach 11 01 20, 10831 Berlin

Per E-Mail: beschwerde@ideal-versicherung.de

Per Telefax: 030/ 25 87-80

Telefonisch: 030/ 25 87-259

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

Erforderliche Informationen

Bitte teilen Sie uns folgendes mit

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

Alternative Ansprechpartner

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

Versicherungsombudsmann

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Die „BaFin“ ist die zuständige Aufsichtsbehörde für Banken und Finanzdienstleister:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, 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

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, unter „Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen“ 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 auszusahlen. 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

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.

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der im Abschnitt „Widerrufsrecht“ genannten weiteren Informationen, werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt.

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 Abschnitt 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.

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Lebensversicherung

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

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;
8. die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase.

Ende der Widerrufsbelehrung

IDEAL SterbeGeld

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AB_ISG_2022A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben bei uns, der IDEAL Lebensversicherung a.G., im Folgenden IDEAL genannt, Ihr IDEAL SterbeGeld abgeschlossen. Sie sind damit der Versicherungsnehmer. Als Versicherungsnehmer sind Sie 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.

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

Das IDEAL SterbeGeld ist eine Versicherung, die die Kosten im Todesfall deckt.

Inhalt

§ 1	Welche Leistungen erhalten Sie?	12
§ 2	Welche Überschüsse erhalten Sie?	13
§ 3	Wann beginnt und wann endet Ihr IDEAL SterbeGeld?	15
§ 4	Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	16
§ 5	Was ist bei Selbsttötung der Versicherten Person zu beachten?	16
§ 6	Was ist bei Tod der Versicherten Person zu beachten?	16
§ 7	Wer erhält die Versicherungsleistung?	17
§ 8	Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?	19
§ 9	Wann erhöht sich Ihr Versicherungsschutz?	19
§ 10	Wann können Sie Ihr IDEAL SterbeGeld kündigen (Rückkauf) oder beitragsfrei stellen?	20
§ 11	Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?	23
§ 12	Welche Kosten und Gebühren gibt es?	24
§ 13	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	25
§ 14	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	25
§ 15	Wo ist der Gerichtsstand?	25
§ 16	Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?	25
§ 17	An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	26
	Allgemeine Bedingungen für die Rückholkostenversicherung	28

§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Leistung bei Tod und Aufbauzeit

- a) Stirbt die Versicherte Person nach Ablauf der Aufbauzeit, zahlen wir die garantierte Versicherungssumme. Dazu kommt die Überschussbeteiligung (siehe § 2), die Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ sehen.

In den ersten 18 Monaten ist die Versicherungsleistung beschränkt (Aufbauzeit).

Aufbauzeit	Versicherungsleistung
bis zum 9. Monat	Rückzahlung der eingezahlten Beiträge
10. bis 12. Monat	25 % der Versicherungssumme
13. bis 15. Monat	50 % der Versicherungssumme
16. bis 18. Monat	75 % der Versicherungssumme

Ist die anteilige Versicherungssumme geringer als die eingezahlten Beiträge, zahlen wir Ihnen anstelle der anteiligen Versicherungssumme die eingezahlten Beiträge aus.

- b) Stirbt die Versicherte Person innerhalb der Aufbauzeit infolge eines Unfalls, den sie nach dem Beginn der Versicherung erlitten hat, zahlen wir die garantierte Versicherungssumme.

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

(2) Zusätzliche Leistung bei Unfalltod (wenn vereinbart)

Stirbt die Versicherte Person infolge eines Unfalls, den sie nach dem Beginn der Versicherung erlitten hat, innerhalb eines Jahres nach dem Unfall an den Unfallfolgen, zahlen wir zusätzlich zur Leistung bei Tod (Absatz 1) noch einmal die Versicherungssumme. Ob eine zusätzliche Versicherungsleistung bei Unfalltod vereinbart ist, lesen Sie bitte im Versicherungsschein nach.

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

(3) Mitwirkung von Gebrechen und Krankheiten am Unfalltod

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

§ 2 Welche Überschüsse erhalten Sie?

(1) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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 Bestattungs-Vorsorgeversicherung ohne Gesundheitsprüfung innerhalb der Bestandsgruppe Kapitalbildende Lebensversicherung 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 die Fälligkeit der laufenden Überschuss-Anteile und des Schluss-Überschuss-Anteils:

a) Laufende Überschuss-Anteile

Die laufenden Überschuss-Anteile werden zum Ende eines jeden abgelaufenen Versicherungsjahres gutgeschrieben und zur Bildung einer zusätzlichen beitragsfreien Versicherungssumme (Bonussumme) verwendet. Die Bonussumme ist auch am Überschuss beteiligt und erhält einen Zins-Überschuss in Prozent des Deckungskapitals der Bonussumme zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahrs.

Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile:

Zins-Überschuss:	in Prozent des gezüllerten Deckungskapitals zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres
Grund-Überschuss:	in Prozent des Risikobeitrags der Versicherungssumme ohne Bonussumme für das abgelaufene Versicherungsjahr

Fälligkeit der Leistung aus der Bonussumme

Die Bonussumme wird bei Tod der Versicherten Person ausgezahlt.

Bei Kündigung erhalten Sie den Rückkaufswert aus der Bonussumme (§ 10 Absatz 3).

b) Schluss-Überschuss

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

Schluss-Überschuss bei Tod

Besteht Ihr IDEAL SterbeGeld mindestens 36 Monate, wird im Todesfall ein Schluss-Überschuss gezahlt. Als Schluss-Überschuss wird für jedes volle zurückgelegte Jahr ein Promillesatz der Versicherungssumme gezahlt. Der Schluss-Überschuss wird auf einen Promillesatz der Versicherungssumme begrenzt.

Schluss-Überschuss bei Kündigung (Rückkauf)

Bei Rückkauf erhält Ihr Versicherungsvertrag einen anteiligen Schluss-Überschuss, wenn Ihr Versicherungsvertrag bereits 36 Monate bestanden hat. Um den Schluss-Überschuss-Anteil zu ermitteln, berechnen wir zuerst den Schluss-Überschuss-Anteil, der bei Tod gezahlt worden wäre. Dieser Betrag wird mit dem Verhältnis des Auszahlungsbetrages bei Rückkauf der Versicherungssumme (siehe § 10 Absatz 3) zur Versicherungssumme gewichtet.

(4) Wie werden die Überschüsse verteilt und bekannt gegeben?

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

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.

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

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 Zins-Überschüsse erhalten.

Die der Überschussbeteiligung zugrunde liegenden Bewertungsreserven werden zu 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. Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir monatlich neu.

(6) Wie werden die Bewertungsreserven im Leistungsfall zugeordnet?

Bei Beendigung des Vertrages (durch Tod oder 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 Bonussumme zum Zeitpunkt der Vertragsbeendigung. Die Auszahlung Ihres Anteils an den Bewertungsreserven erfolgt zusammen mit der Versicherungsleistung.

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 Überschuss-Anteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite. Einmal jährlich werden wir Sie über die tatsächliche Entwicklung Ihrer Versicherung informieren.

§ 3 Wann beginnt und wann endet Ihr IDEAL SterbeGeld?

(1) Wann beginnt Ihr IDEAL SterbeGeld?

Ihr IDEAL SterbeGeld beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt. Den Versicherungsbeginn können Sie in Ihrem Versicherungsschein nachlesen. Wenn Sie den Beitrag nicht zu den vereinbarten Terminen zahlen, kann jedoch unsere Pflicht, die vereinbarten Leistungen an Sie auszuzahlen, entfallen (siehe § 8 Absatz 3).

(2) Wann endet Ihr IDEAL SterbeGeld?

Ihr IDEAL SterbeGeld endet grundsätzlich mit dem Tod der Versicherten Person oder mit Beendigung durch Sie (siehe § 10) 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.

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

- (1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die Versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.
- (2) In folgenden Fällen bzw. unter folgenden Umständen ist unsere Leistung auf den zum Todestag berechneten Rückkaufswert (§ 10 Absatz 3 bis 6) beschränkt:
- Wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen zu Tode kommt.
 - Wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen zu Tode kommt. Dies gilt, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und unabhängig davon, ob sich die Versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland oder außerhalb dieser aufgehalten hat.
- (3) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland besteht Todesfallschutz, wenn die Versicherte Person zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles weder Streitkräften angehört hat, noch aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war.

§ 5 Was ist bei Selbsttötung der Versicherten Person zu beachten?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls zahlen wir den Betrag, der für den zum Todestag berechneten Rückkauf (§ 10 Absatz 3 bis 6) fällig wird.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Absatz 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
- (4) Haben Sie eine zusätzliche Leistung bei Tod durch Unfall vereinbart und wird der Unfalltod durch absichtliche Herbeiführung von Selbstverletzung oder Selbsttötung verursacht, besteht kein Versicherungsschutz für diese zusätzliche Leistung. Die Absätze 1 bis 3 bleiben hiervon unberührt.

§ 6 Was ist bei Tod der Versicherten Person zu beachten?

(1) Welche Nachweise müssen Sie einreichen?

Der Tod der Versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Erforderliche Auskünfte und Nachweise können wir im Original verlangen. Die Kosten für die Nachweise trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

Zur Prüfung sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

- Eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort der Versicherten Person.
- Bei Tod in den ersten 3 Jahren nach dem Beginn der Versicherung eine ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache.
- Bei Unfalltod innerhalb der Aufbauzeit (§ 1 Absatz 1b) ist immer ein ausführliches, ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache einzureichen. Belege über den Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der Versicherten Person geführt hat, und zusätzliche Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen müssen ebenfalls vorgelegt werden. Für Versicherungen ohne zusätzliche Leistung bei Unfalltod gelten die Regelungen für den Unfalltod nur in den Monaten, in denen die Versicherungsleistung beschränkt ist.

(2) Wie lange brauchen wir für die Entscheidung über den Leistungsanspruch?

Haben wir die erforderlichen Unterlagen zur Leistungsprüfung erhalten, entscheiden wir innerhalb einer Woche, ob ein Leistungsanspruch besteht. Besteht ein Anspruch, zahlen wir die auf den Todestag berechnete Versicherungsleistung sofort.

(3) Was passiert, wenn Sie die Nachweise nicht einreichen?

Wenn eine der in Absatz 1 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird. Bitte beachten Sie auch die weiteren Bestimmungen zu Obliegenheitsverletzungen gemäß § 16 Absatz 2.

(4) Wie zahlen wir die Leistung aus?

Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

(5) Was passiert mit noch nicht gezahlten Beiträgen?

Noch nicht gezahlte Beiträge werden mit der auszahlenden Versicherungsleistung verrechnet.

§ 7 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Bezugsberechtigung

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

Sie können wählen:

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

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

(2) Abtretung und Verpfändung

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

(3) Anzeigepflicht

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

§ 8 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?

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

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

a) Einlösungsbeitrag

So nennen wir Ihren ersten Beitrag, den Sie für Ihr IDEAL SterbeGeld 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 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 oder weniger zahlen als vereinbart?

a) Einlösungsbeitrag

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

b) Folgebeitrag

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen. Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

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

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

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

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

(4) Wann endet Ihre Beitragszahlung?

Ihre Beitragszahlung endet

- wie im Versicherungsschein vereinbart,
- mit Beendigung Ihres Vertrags durch Sie (siehe § 10) oder die IDEAL oder
- mit Ende des Monats, in dem die Versicherte Person stirbt.

Zu viel gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.

§ 9 Wann erhöht sich Ihr Versicherungsschutz?

(1) Was bedeutet Dynamik?

Sie haben mit uns eine Dynamik der Leistungen und des Beitrags vereinbart.

Die Versicherungssumme Ihres Vertrages steigt alle 3 Jahre um 500 €.

Mit der Erhöhung steigt auch der Beitrag. Versicherungssumme und Beitrag erhöhen sich dabei nicht im gleichen Verhältnis. Mit zunehmendem Alter der Versicherten Person, nimmt die Steigerung des Beitrags zu.

Haben Sie zu Beginn des Vertrags einen Teil des Beitrags als Einmalzahlung gezahlt, wird nur die laufende Beitragszahlung erhöht. Sie müssen keine erneute Einmalzahlung leisten.

Sie erhalten rechtzeitig vor jedem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Sie enthält auch die nach der Erhöhung geltenden garantierten Leistungen Ihrer Versicherung.

(2) Wann enden die Erhöhungen?

Die Erhöhungen enden:

- zum Jahrestag der Versicherung, in dem Jahr in dem die Versicherte Person 85 Jahre alt wird.
- drei Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer.
- wenn Sie oder wir Ihr IDEAL SterbeGeld vorzeitig beitragsfrei stellen.
- wenn die Versicherungssumme für Ihr IDEAL SterbeGeld 20.000 € erreicht hat. Dabei werden alle für die Versicherte Person bei der IDEAL bestehenden Sterbegeldversicherungen angerechnet.
- wenn Versicherungsnehmer und Versicherte Person unterschiedlich sind und die Versicherungssumme 8.000 € erreicht hat.

(3) Wann setzen wir die Erhöhungen aus?

Die Erhöhungen setzen aus,

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

Wurde eine Erhöhung ausgesetzt, erhalten Sie nach 3 Jahren ein neues Angebot.

§ 10 Wann können Sie Ihr IDEAL SterbeGeld kündigen (Rückkauf) oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung (Rückkauf)

- (1) Sie können Ihr IDEAL SterbeGeld jederzeit zum Ersten des nächsten Monats in Textform kündigen. Im Fall der Kündigung erhalten Sie den für den Rückkauf fälligen Betrag, der sich nach den Absätzen 3 bis 7 ermittelt.
- (2) Sie können Ihr IDEAL SterbeGeld auch teilweise kündigen. Die Versicherung wird dabei nicht beendet und Sie können sich einen Teilbetrag auszahlen lassen (Teilrückkauf).

Durch einen Teilrückkauf reduziert sich die Bonussumme bzw. die Versicherungssumme. Die neue Versicherungssumme wird aus dem noch zur Verfügung stehenden Deckungskapital nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet. Der Teilrückkauf erfolgt zuerst aus der Bonussumme. Der minimale Betrag für einen Teilrückkauf beträgt 250 €.

Die verbleibende Versicherungssumme darf 2.000 € nicht unterschreiten.

- (3) Berechnung des Rückkaufswertes, des Stornoabzuges und des Auszahlungsbetrages.

a) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Kündigungstermin berechnete Deckungskapital Ihres Vertrags. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 12 Absatz 2).

Für den Fall der Kündigung wird für den Rückkaufswert der garantierten Versicherungssumme folgender Stornoabzug vereinbart:

b) Stornoabzug

Der Stornoabzug beträgt 4 % vom Rückkaufswert der garantierten Versicherungssumme. Die Höhe des Prozentsatzes vermindert sich mit jedem zurückgelegten Versicherungsmonat gleichmäßig (linear fallend), bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die Versicherte Person 90 Jahre alt wird, auf 1 %.

Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Stornoabzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Stornoabzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

c) Auszahlungsbetrag bei Rückkauf

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

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

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

- (5) Wir sind berechtigt, den nach Absatz 3 errechneten Rückkaufswert angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist im Versicherungsvertragsgesetz geregelt und jeweils auf ein Jahr befristet.
- (6) Zusätzlich zahlen wir einen Schlussüberschuss-Anteil, soweit ein solcher nach § 2 für den Fall eines Rückkaufs vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einem Rückkauf ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 2 Absatz 5 zugeteilten Bewertungsreserven.
- (7) Die Kündigung Ihrer Versicherung kann nachteilig sein:
Im Falle eines Rückkaufs kann der Rückkaufswert und damit der Auszahlungsbetrag geringer sein als die Summe der eingezahlten Beiträge. Bitte beachten Sie insbesondere § 12 Absatz 2 zur Verrechnung der Kosten Ihres Vertrages. In der Anfangszeit Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 als Rückkaufswert vorhanden. Der Auszahlungsbetrag erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der gezahlten Beiträge. Die garantierten Werte bei Kündigung lesen Sie bitte in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ nach.
- (8) Eine Auszahlung erfolgt nach Einreichung des Versicherungsscheines im Original.

Wiederherstellung nach Rückkauf

- (9) Sie können mit unserer Zustimmung eine Wiederherstellung Ihrer Versicherung innerhalb von 6 Monaten ab Wirksamwerden der Kündigung vereinbaren. Voraussetzungen dafür sind:
- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind gezahlt worden,
 - die ausstehenden Beiträge bis zum Wiederherstellungstermin werden vollständig nachgezahlt oder verrechnet,
 - ein ausgezahlter Betrag wird zum Wiederherstellungszeitpunkt vollständig zurückgezahlt.

Vertragserhaltende Maßnahmen bei Zahlungsschwierigkeiten

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

Beitragsfreistellung (beitragsfreie Versicherungssumme)

- (10) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zum Ersten des Monats der nächsten Beitragsfälligkeit in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab. Diese beitragsfreie Versicherungssumme wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Termin der Beitragsfreistellung unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach den gültigen Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes berechnet.

Bei Tod der Versicherten Person zahlen wir die beitragsfreie Versicherungssumme. Die Aufbauzeit gemäß § 1 Absatz 1 gilt in diesem Fall nicht.

Für den Fall der Beitragsfreistellung wird außerdem folgender Stornoabzug vereinbart:

Der Stornoabzug beträgt 1 % des Rückkaufswertes der garantierten Versicherungssumme. Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen.

Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Stornoabzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Stornoabzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

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

- (11) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Bitte beachten Sie insbesondere § 12 Absatz 2 zur Verrechnung der Kosten Ihres Vertrages. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und zu ihrer Höhe erhalten Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“.
- (12) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 10 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 1.000 € nicht, erhalten Sie den bei Rückkauf fälligen Auszahlungsbetrag nach den Absätzen 3 bis 6.

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

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

Beitragsreduzierung

- (14) Eine Beitragsreduzierung ist möglich, wenn die verbleibende Versicherungssumme (ohne Bonussumme) mindestens 2.000 € und der Beitrag mindestens 24 € jährlich beträgt. Die versicherte Leistung nach Beitragsreduzierung wird mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet (siehe § 16 Absatz 1).

Bei der Beitragsreduzierung nehmen wir keinen Stornoabzug vor.

Wiedererhöhung nach Beitragsreduzierung

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

Beginnverlegung

- (16) Bei Beitragsrückständen im ersten Versicherungsjahr können Sie Ihren Versicherungsschutz durch Verlegung des Beginns erhalten. Die Modalitäten ergeben sich im Einzelnen aus einem Angebot, das wir Ihnen gern unterbreiten. Die Voraussetzungen hierfür sind:
- Die Beginnverlegung beträgt max. 4 Monate,
 - das Höchsteintrittsalter wird nicht überschritten,
 - der Vertrag ist nicht gekündigt.

Der Anspruch auf Beginnverlegung besteht nur einmal. Verlegen Sie den Beginn Ihrer Versicherung, werden die in Anspruch genommenen Monate der Beginnverlegung zu der unter § 1 Absatz 1 genannten Aufbauzeit hinzugezählt.

Beitragsverrechnung

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

Beitragsstundung

- (18) Unter nachfolgenden Voraussetzungen und mit unserer Zustimmung haben Sie die Möglichkeit auf Stundung der Beiträge bis zu 6 Monate bei vollem Versicherungsschutz:
- Der Versicherungsvertrag besteht bereits 3 Jahre,
 - die Beiträge für die ersten 3 Versicherungsjahre sind vollständig gezahlt,
 - der Auszahlungsbetrag bei einem Rückkauf ist höher als die zu stundenden Beiträge,
 - der Vertrag ist nicht gekündigt.

Der Versicherungsnehmer zahlt den gestundeten Betrag unverzinst nach Ablauf des Stundungszeitraums innerhalb eines Monats in einem Betrag ein. Zahlen Sie Ihre Beiträge nicht fristgemäß oder nur teilweise zurück, verrechnen wir die offenen Beiträge mit dem vorhandenen Deckungskapital.

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

Beitragsrückzahlung

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

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

(1) Wie übermitteln wir die Informationen zu Ihrem IDEAL SterbeGeld?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es gelten die Regelungen gemäß § 6 Absatz 1.

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

Es gelten die Regelungen gemäß § 6 Absatz 3.

(8) Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

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

Beispiele dafür sind:

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

Weitere Informationen hierzu können Sie Ihrem Steuerinformationsblatt entnehmen.

Informationen dieser Art sind erforderlich,

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

Stellen Sie uns diese Informationen bitte innerhalb von zwei Wochen zur Verfügung. Es gelten die Mitteilungsfristen gemäß Absatz 4 sinngemäß.

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

§ 12 Welche Kosten und Gebühren gibt es?

(1) Welche Kosten haben wir einkalkuliert?

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) Wie funktioniert die Verrechnung der Kosten?

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

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

(3) Welche Auswirkungen hat die Verrechnung der Kosten?

Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (siehe § 10). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und der beitragsfreien Versicherungssumme sowie ihrer jeweiligen Höhe können Sie der **„Mitteilung der Wertentwicklung“** entnehmen.

§ 13 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Wir stellen Ihnen keine Kosten gesondert in Rechnung.

§ 14 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 15 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Wenn Sie eine natürliche Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, ist für eine Klage aus dem Versicherungsvertrag das Gericht unseres Sitzes zuständig.

§ 16 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

Rechnungsgrundlagen

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

Bei der Beitragskalkulation und der Berechnung der Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile verwenden wir die Sterbetafel IDEAL2012STG. Der Garantiezins Ihres Vertrages ist der Zinssatz, mit dem das Deckungskapital verzinst wird. Dieser fließt in die Berechnung der garantierten Leistungen ein. Der Garantiezins wird Ihnen jährlich gutgeschrieben. Die Höhe des Garantiezinses können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Die Kalkulation erfolgt geschlechtsneutral.

Bitte beachten Sie:

Folgen bei Nichtbeachtung von Verhaltensregeln

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

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

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen.

Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

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

Versicherungsjahr

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

Vertragssprache

- (5) Die Kommunikation erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

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

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

Unser Beschwerdemanagement

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

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

Versicherungsombudsmann

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

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

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

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Rechtsweg

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

IDEAL SterbeGeld

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Rückholkostenabsicherung

§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(1) Was erhalten Sie bei Tod der Versicherten Person im Ausland?

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

Bei Tod der Versicherten Person im Ausland erstatten wir Ihnen Ihre folgenden Kosten:

a) Kosten für die Überführung des Leichnams

Wir erstatten Ihnen Ihre Kosten für die Überführung. Dabei gelten folgende Voraussetzungen:

- Die Überführung aus dem Ausland erfolgt auf direktem Weg per Kraft- oder Luftfahrzeug zum Begräbnisort in der Bundesrepublik Deutschland.
- Soweit gesetzlich oder durch Beförderungsbedingungen vorgeschrieben, erstatten wir auch die Kosten eines Überführungs-/Zinksargs einschließlich der Einbalsamierung bis zu einer Höhe von 1.030 €.

Insgesamt erstatten wir Ihnen für die Überführung des Leichnams maximal 5.200 € (aus dem europäischen Ausland) beziehungsweise 10.300 € (aus dem außereuropäischen Ausland).

b) Kosten des Bestatters in Deutschland

Dem in Deutschland ausführenden Bestatter zahlen wir pauschal 103 €.

c) Mehrkosten für die Rückreise des Partners

Dem mitgereisten Partner können für die Rückreise Mehrkosten im Verhältnis zur gebuchten Reise entstehen. Diese Mehrkosten erstatten wir ebenfalls.

Dabei gelten folgende Voraussetzungen:

- Es handelt sich um den Ehepartner, den in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partner oder den in eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Partner der Versicherten Person.
- Die Rückreise erfolgt aus dem Ausland zum Wohnort in die Bundesrepublik Deutschland per Kraft- oder Luftfahrzeug.

Insgesamt erstatten wir Ihnen maximal 2.560 € Mehrkosten.

(2) In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt beziehungsweise ausgeschlossen?

a) Selbsttötung

Stirbt die Versicherte Person durch Selbsttötung, zahlen wir die versicherte Leistung nur, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir nichts aus.

b) Weitere Einschränkungen und Ausschlüsse

Wir ersetzen Ihnen Ihre Kosten (siehe Absatz 1) nicht,

- soweit ein anderer Kostenträger (zum Beispiel eine entsprechende Reise- oder Krankenversicherung) Ihre Kosten ersetzt,
- wenn der Tod unmittelbar oder mittelbar durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen verursacht wurde,
- wenn der Tod durch innere Unruhen verursacht wurde und die Versicherte Person aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- wenn der Tod der Versicherten Person vorsätzlich durch eine am Versicherungsvertrag beteiligte Person herbeigeführt wurde,
- wenn die Versicherte Person in einem Land verstorben ist, in dem sie ihren Erst- oder Zweitwohnsitz hatte.

c) Mehrere Rückholkostenabsicherungen

Bestehen für die Versicherte Person bei der IDEAL Versicherungsgruppe mehrere Rückholkostenabsicherungen ohne Beitrag, kann die Versicherungsleistung nur aus einem Ihrer Verträge in Anspruch genommen werden.

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

Die Versicherungsleistung zahlen wir an die Person, die die Originalrechnung einreicht. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

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

Den Tod der Versicherten Person sollten Sie uns innerhalb von zwei Wochen ab dem Zeitpunkt, ab dem Sie Kenntnis von dem Tod hatten, mitteilen. Dabei benötigen wir

- eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort, Todeszeitpunkt und Todesort der Versicherten Person,
- eine Bestätigung der Todesart durch einen Arzt oder eine Polizeibehörde,
- Kopien des Schriftwechsels mit dem Bestatter sowie die Originalrechnung des Bestatters,
- die Originalrechnung des mit der Überführung beauftragten Unternehmens.

Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und die erforderlichen Daten selbst ermitteln.

Alle Nachweise müssen Sie uns in deutscher Sprache beziehungsweise in beglaubigter Übersetzung vorlegen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten tragen Sie.

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

IDEAL Vorsorge GmbH

Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe

Kochstraße 26 • 10969 Berlin

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

Haben wir die erforderlichen Unterlagen zur Leistungsprüfung erhalten, entscheiden wir innerhalb einer Woche, ob ein Leistungsanspruch besteht. Besteht ein Anspruch, zahlen wir die Versicherungsleistung sofort.

Unsere Leistungen überweisen wir auf Kosten des Anspruchstellers auf das uns benannte Konto. Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Anspruchsteller auch die damit verbundene Gefahr.

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

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

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat. Das gilt jedoch nicht bei **Arglist**.

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen.

§ 2 Wann beginnt und wann endet Ihre Rückholkostenabsicherung?

(1) Wann beginnt Ihre Rückholkostenabsicherung?

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Beginn der Versicherung, in deren Zusammenhang Ihre Rückholkostenabsicherung geschlossen wurde. Einzelheiten zu deren Beginn lesen Sie bitte in den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

(2) Wann endet Ihre Rückholkostenabsicherung?

Ihr Versicherungsschutz endet mit Erlöschen der Versicherung, in deren Zusammenhang die Rückholkostenabsicherung geschlossen wurde.

§ 3 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?

Sie müssen keine Beiträge für Ihre Rückholkostenabsicherung zahlen.

§ 4 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

(1) Verjährung von Ansprüchen aus Ihrem Versicherungsvertrag

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

(2) Welches ist die Vertragssprache?

Die Kommunikation erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

(3) Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(4) Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

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.

Nutzungsbedingungen für Ihren Vertrags- und Nachlassmanager

Was ist der Vertrags- und Nachlassmanager?

Mit dem Vertrags- und Nachlassmanager haben Sie die Möglichkeit, über ein digitales Kundencenter den Nachlass der Versicherten Person zu verwalten. In einem Online-Kundencenter können Sie Verträge, Mitgliedschaften und Nutzerkonten der Versicherten Person hinterlegen.

Zu Lebzeiten können Änderungswünsche beauftragt und für Verträge, Mitgliedschaften und Nutzerkonten Regelungen getroffen werden, wie mit diesen im Todesfall der Versicherten Person verfahren werden soll.

Der Vertrags- und Nachlassmanager wird von der IDEAL Lebensversicherung a.G. in Kooperation mit der Columba (eine Marke der Rapid Data AG) zur Verfügung gestellt.

Die Nutzung des Vertrags- und Nachlassmanagers ist für Sie freiwillig und kostenfrei. Auf die im Kundencenter hinterlegten Daten hat die IDEAL Lebensversicherung a.G. keinen Zugriff.

Wann beginnt und wann endet der Vertrags- und Nachlassmanager?

Mit dem Versicherungsschein zum IDEAL SterbeGeld erhalten Sie alle erforderlichen Informationen zur Aktivierung Ihres Vertrags- und Nachlassmanagers. Die aktive Nutzung ist ab Beginn und für die Dauer Ihres IDEAL SterbeGeld möglich.

Kündigen Sie Ihr IDEAL SterbeGeld, oder stellen Sie es vorzeitig beitragsfrei, können Sie den Nachlassmanager nicht mehr aktiv nutzen oder aktivieren.

Wann kann die IDEAL Lebensversicherung a.G. den Vertrags- und Nachlassmanager kündigen?

In folgenden Fällen kann die IDEAL Lebensversicherung a.G. den digitalen Vertrags- und Nachlassmanager kündigen:

- wenn die Zusammenarbeit mit der Columba (eine Marke der Rapid Data AG) beendet wird und
- kein geeigneter Ersatzdienstleister gefunden wird.

Im Falle der Insolvenz der Columba (eine Marke der Rapid Data AG) entfällt der Vertrags- und Nachlassmanager und die IDEAL Lebensversicherung a.G. ist nicht verpflichtet, einen Ersatzdienstleister zu stellen.

Der Versicherungsvertrag wird im Falle einer Kündigung des Vertrags- und Nachlassmanagers durch Sie als Versicherungsnehmer bzw. durch uns als IDEAL Lebensversicherung a.G. unverändert fortgeführt.

Welche Bestimmungen gelten zusätzlich?

Es gelten zusätzlich die Nutzungsbedingungen der Columba (eine Marke der Rapid Data AG). Diese erhalten Sie bei Aktivierung.

IDEAL SterbeGeld

Ergänzende Bedingungen für die Beitragsbefreiung im Pflegefall (EB_BB_2022A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben sich in Verbindung mit Ihrem IDEAL SterbeGeld für die Beitragsbefreiung im Pflegefall als zusätzliche Leistung entschieden. Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EB) beschreiben die Regeln für die Beitragsbefreiung im Pflegefall. Sie ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihres IDEAL SterbeGeldes. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel „Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?“ auch weiterhin gelten.

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Wann stellen wir Ihre Versicherung aufgrund von Pflegebedürftigkeit beitragsfrei?	34
§ 2	Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor und wie werden die Pflegegrade bestimmt?	34
§ 3	Was gilt abweichend zu den Regeln der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihres IDEAL SterbeGeldes?	39
§ 4	Wie zeigen Sie die Pflegebedürftigkeit an und welche Nachweise reichen Sie uns ein?	39
§ 5	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	41
Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, 28.03.2021)		44

§ 1 Wann stellen wir Ihre Versicherung aufgrund von Pflegebedürftigkeit beitragsfrei?

Beitragsbefreiung im Pflegefall

- (1) Wird die Versicherte Person ab dem 37. Monat nach Beginn der Versicherung pflegebedürftig in Pflegegrad 4 oder 5 im Sinne von § 2, zahlen Sie für die Dauer der Pflegebedürftigkeit keine weiteren Beiträge. Haben Sie zu Beginn des Vertrages einen Teil des Beitrages als Einmalzahlung gezahlt, gilt die Beitragsbefreiung nur für den beitragspflichtigen Teil.

Tritt Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 oder 5 im Sinne von § 2 innerhalb der ersten 36 Monate nach Beginn der Versicherung ein und ist diese nicht unfallbedingt, erlischt der Anspruch auf die Beitragsbefreiung im Pflegefall.

Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls

- (2) Wird die Versicherte Person infolge eines Unfalls, den sie nach dem Beginn der Versicherung erlitten hat, pflegebedürftig im Sinne von § 2, besteht der Versicherungsschutz bereits ab Beginn.

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

Anspruch auf Beitragsbefreiung im Pflegefall

- (3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht frühestens zum Ersten des Monats, zu dem der Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 bescheinigt wird.

Sie können die Beitragsbefreiung auch rückwirkend beantragen. Der Anspruch besteht maximal für ein Jahr ab Anzeige des versicherten Pflegefalls bei uns. Zur Prüfung reichen Sie uns die Nachweise gemäß § 4 ein. Erkennen wir den Anspruch rückwirkend an, zahlen wir Ihnen die zu viel gezahlten Beiträge in einem Betrag aus.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt zum Ende des Monats, in dem die Versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne von § 2 ist.

- (4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen die Beiträge weitergezahlt werden. Erkennen wir die Leistungspflicht an, zahlen wir die überzahlten Beiträge zurück.

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

(1) Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen und wonach richten wir uns bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit?

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

Bei der Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit folgen wir dem gesetzlichen System, wie es in den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI geregelt ist. Im Folgenden nennen wir dieses Sozialgesetzbuch XI immer SGB XI. Wir beziehen uns für Ihren Vertrag immer auf den Stand vom 28.03.2021.

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

Die Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit nach dem Punktesystem erfolgt auf Wunsch alternativ zu der Einstufung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI mit Stand vom 28.03.2021.

(2) Was ist der Pflegegrad?

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

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

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

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

Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt in zwei Schritten.

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

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

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

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

Modul	Umschreibung	Kriterien	Gewichtung
1	Mobilität	• Positionswechsel im Bett • Halten einer stabilen Sitzposition • Umsetzen • Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs • Treppensteigen	10 Prozent
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	• Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld • örtliche Orientierung • zeitliche Orientierung • Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen • Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen • Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben • Verstehen von Sachverhalten und Informationen • Erkennen von Risiken und Gefahren • Mitteilen von elementaren Bedürfnissen • Verstehen von Aufforderungen • Beteiligen an einem Gespräch	15 Prozent des Moduls mit dem höheren Wert

Modul	Umschreibung	Kriterien	Gewichtung
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	• motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten • nächtliche Unruhe • selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten • Beschädigen von Gegenständen • physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen • verbale Aggression • andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten • Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen • Wahnvorstellungen • Ängste • Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage • sozial inadäquate Verhaltensweisen • sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	15 Prozent des Moduls mit dem höheren Wert
4	Selbstversorgung	• Waschen des vorderen Oberkörpers • Körperpflege im Bereich des Kopfes • Waschen des Intimbereichs • Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare • An- und Auskleiden des Oberkörpers • An- und Auskleiden des Unterkörpers • mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken • Essen • Trinken • Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls • Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma • Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma • Besonderheiten bei Sondenernährung • Besonderheiten bei parenteraler Ernährung	40 Prozent
5	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	• in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und und selbstständiger Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Umgang mit Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel • in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung • in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern • in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	20 Prozent
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	• Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen • Ruhen und Schlafen • Sich beschäftigen • Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen • Interaktion mit Personen im direkten Kontakt • Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15 Prozent

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

Wir haben in Absatz 1 beschrieben, dass wir uns immer auf das SGB XI mit Stand von 28.03.2021 beziehen. Eine Änderung

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

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

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

(5) Wie funktioniert das Punktesystem?

Für jede der folgenden Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich der beschriebenen Hilfe einer anderen Person bedarf, erhält sie einen Punkt. Dies wird nach objektiven medizinischen bzw. die Pflege begründenden Maßstäben festgestellt.

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

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

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

a) Fortbewegen

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

b) Aufstehen und Positionswechsel

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

c) Verrichten der Notdurft

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

d) An- und Auskleiden

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

e) Waschen

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

f) Essen und Trinken

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

g) Kommunizieren

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

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

h) Denkvermögen

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

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

oder die Versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,

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

i) Umgang mit Emotionen

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

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

§ 3 Was gilt abweichend zu den Regeln der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihres IDEAL SterbeGeldes?

(1) In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Die Versicherung wird nicht beitragsfrei gestellt, wenn die Pflegebedürftigkeit

- durch eines der in § 4 Absatz 2 der AVB genannten Ereignisse eintritt.
 - durch absichtliche Selbstverletzung oder den Versuch der Selbsttötung verursacht wird. Weisen Sie nach, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, gilt der Ausschluss nicht.
-

(2) Was gilt für die Dynamik?

Abweichend von § 9 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihr IDEAL SterbeGeld enden die Erhöhungen für Verträge mit Beitragsbefreiung im Pflegefall

- mit Eintritt des Versicherungsfalls (Pflegebedürftigkeit).
 - in dem Jahr, in dem die Versicherte Person 75 Jahre alt wird, zum Jahrestag der Versicherung.
-

(3) Was gilt bei Beitragsfreistellung?

Haben Sie Ihren Vertrag gemäß § 10 Absatz 10 AVB vorzeitig beitragsfrei gestellt, entfällt die Beitragsbefreiung im Pflegefall.

§ 4 Wie zeigen Sie die Pflegebedürftigkeit an und welche Nachweise reichen Sie uns ein?

(1) Anzeige der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit zeigen Sie uns bitte unverzüglich an.

Ist die Versicherte Person gesetzlich pflegeversichert, schicken Sie uns das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung (Gutachten eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung).

Reicht das Gutachten nicht aus, um die Pflegebedürftigkeit nachzuweisen oder sind Sie nicht gesetzlich pflegeversichert, benötigen wir folgende Unterlagen:

- Eine ärztliche Bescheinigung über Ursache, Beginn und Verlauf (voraussichtliche Dauer) der Pflegebedürftigkeit.
 - Eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
-

(2) Übernahme von Gebühren bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Wir übernehmen ärztliche Gebühren, die zur Begründung Ihres Leistungsanspruchs entstanden sind in voller Höhe.

Für weitere erforderliche ärztliche Bescheinigungen oder Gutachten übernehmen wir 50 % der Kosten.

Die Gebühren müssen innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens entstanden und angemessen sein. Außerhalb dieses Gebietes übernehmen wir keine Kosten.

(3) Weitere notwendige Nachweise bei Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Wir können weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte oder Gutachter sowie notwendige Nachweise verlangen. Die Kosten dafür tragen wir.

Zusätzlich müssen Sie beziehungsweise die Versicherte Person

- die Ärzte, die die Versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben,
- andere Versicherer,
- (Sozial-)Versicherungsträger,
- Behörden oder Kranken- und Pflegeeinrichtungen

ermächtigen, uns erforderliche Auskünfte zu erteilen. Wir benötigen dafür eine Schweigepflichtentbindung. Wir empfehlen Ihnen, eine entsprechende Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung zu erteilen.

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

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

(4) Feststellung des Leistungsanspruchs

Zur Feststellung der Leistungspflicht müssen Sie uns die erforderlichen Nachweise gemäß Absatz 1 und 3 einreichen. Wir entscheiden innerhalb einer Woche, ob und ab welchem Termin ein Leistungsanspruch besteht. Die Frist beginnt, wenn alle erforderlichen Unterlagen zur Leistungsprüfung bei uns eingegangen sind.

Wenn wir die Prüfung nicht abschließen können, weil Nachweise noch nicht oder nicht vollständig bei uns eingegangen sind, teilen wir Ihnen das regelmäßig (mindestens alle drei Wochen) mit.

(5) Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, jährlich - bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer - Art und Umfang des Pflegefalls nachzuprüfen. Eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege erhalten Sie von der pflegenden Person oder Pflegeeinrichtung. Die Bescheinigung oder Nachweise, die für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, schicken Sie uns zu.

Zusätzlich können wir halbjährlich eine amtlich beglaubigte Lebensbescheinigung für die Versicherte Person verlangen. Erhalten wir die Bescheinigung nicht, müssen Sie die Beiträge ab der nächsten Fälligkeit wieder zahlen. Zur Vorlage der Bescheinigung fordern wir Sie jeweils ausdrücklich auf.

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

(6) Änderung des Umfangs beziehungsweise Wegfall der Pflegebedürftigkeit

Eine Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Dies gilt bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass die Versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig in Pflegegrad 4 oder 5 ist, endet die Beitragsbefreiung zum Ende des Monats, in dem die Minderung eingetreten ist. Die Beiträge sind ab dem Folgemonat wieder zu zahlen.

(7) Besonders zu beachten:

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

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

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

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

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

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

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

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

- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen und Abgabe der Erklärungen verantwortlich.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt. Von Ihnen wissentlich unterlassene Angaben zu gefahrerheblichen Umständen gegenüber dieser Person entlasten Sie als Versicherungsnehmer nicht.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtsverletzung

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

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. *höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz*) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgenden Voraussetzungen trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

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

(7) Treten wir vom Vertrag zurück, wird keine Leistung fällig.

Kündigung

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

(9) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. *höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz*) geschlossen hätten.

Vertragsanpassung

(10) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z. B. *höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz*) geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann dazu führen, dass Sie für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall Ihren Versicherungsschutz rückwirkend verlieren. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der nächsten Beitragsfälligkeit Vertragsbestandteil.

(11) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

(14) 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.

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

Anfechtung

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

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(17) Die Absätze 1 bis 16 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 15 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(18) Die Ausübung unserer Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

Anhang

SGB XI (Sozialgesetzbuch XI)

Im SGB XI sind die Kriterien geregelt, nach denen die Bewertung einer Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgen. Dabei ist der Stand vom 28.03.2021 maßgebend. Gesetzesänderungen nach diesem Termin führen zu keiner Leistungsänderung bei Ihrem IDEAL SterbeGeld.

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

§ 14 SGB Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

1. Mobilität:

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

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

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

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

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

4. Selbstversorgung:

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

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

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

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

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

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

§ 15 SGB Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

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

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

	Punkte
selbstständig	0
überwiegend selbstständig	1
überwiegend unselbstständig	2
unselbstständig	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

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

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

Die Fähigkeit ist	Punkte
vorhanden / unbeeinträchtigt	0
größtenteils vorhanden	1
in geringem Maße vorhanden	2
nicht vorhanden	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

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

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

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich Selbstversorgung

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

Das Modul umfasst zwölf Kriterien:

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

	Punkte
selbstständig	0
überwiegend selbstständig	1
überwiegend unselbstständig	2
unselbstständig	3

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

	Punkte
selbstständig	0
überwiegend selbstständig	3
überwiegend unselbstständig	6
unselbstständig	9

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

	Punkte
selbstständig	0
überwiegend selbstständig	2
überwiegend unselbstständig	4
unselbstständig	6

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

Besonderheiten bei Kindern

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

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

Besonderheiten bei Sondenernährung

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

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

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

Besonderheiten bei parenteraler Ernährung

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

	Punkte
teilweise	5
vollständig	12

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

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

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

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

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0		8,6	2
5.k	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0		4,3	1

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

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

Erläuterungen zur Modulbewertung im Modul 5

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

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

für die Kriterien 5.1 bis 5.7:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:

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

für die Kriterien 5.8 bis 5.11:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:

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

für die Kriterien 5.12 bis 5.15 und 5.K:

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

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

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

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

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

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

	Punkte
selbstständig	0
überwiegend selbstständig	1
überwiegend unselbstständig	2
unselbstständig	3

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

Module	Gewichtung	0 keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität		0–1	2–3	4–5	6–9	10–15	Summe der Punkte im Modul 1
	10 %	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		0–1	2–5	6–10	11–16	17–23	Summe der Punkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 %	0	1–2	3–4	5–6	7–65	Summe der Punkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3

Module	Gewichtung	0 keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
4 Selbstversorgung		0–2	3–7	8–18	19–36	37–60	Summe der Punkte im Modul 4
	40 %	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen		0	1	2–3	4–5	6–15	Summe der Punkte im Modul 5
	20 %	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakt		0	1–3	4–6	7–11	12–18	Summe der Punkte im Modul 6
	15 %	0	3,75	7,5	11,256	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						

IDEAL SterbeGeld

Steuerinformationen

Einkommensteuer

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

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

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

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

Für das Jahr der Auszahlung erteilte Freistellungsaufträge werden wir beachten.

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

Auch Veräußerungsgewinne (Differenz zwischen erhaltenem Kaufpreis und den Anschaffungs- und Veräußerungskosten) sind steuerpflichtig.

Als Einkünfte aus Kapitalvermögen unterliegen diese ebenfalls der Abgeltungsteuer.

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

Sie erhalten eine entsprechende Steuerbescheinigung.

Erbschaftsteuer und Schenkungsteuer

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

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

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

Meldepflichten

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

- Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer
 - Versicherungsnehmerwechsel
 - zu versteuernde Renten und Kapitalleistungen, auch i. R. des internationalen Steuerdatenaustausch
 - Veräußerungen von kapitalbildenden Lebensversicherungen
-

Versicherungsteuer

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

Änderungen des Steuerrechts

Die allgemeinen Steuerhinweise gelten für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 01.2022). 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. · Sitz der Gesellschaft Berlin
Handelsregister-Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Hauptverwaltung: Kochstraße 26 · 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Michael Westkamp
Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Karlheinz Fritscher, Antje Mündörfer, Maximilian Beck
Telefon: 030/ 25 87-0 · Telefax: 030/ 25 87-80 · E-Mail: info@ideal-versicherung.de · Sie finden uns im Internet unter www.ideal-versicherung.de