

Allgemeine Versicherungsbedingungen für das IDEAL SterbeGeld (AB_ISG_2015A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistung bei Tod

(1) Versicherungen mit laufender Beitragszahlung – Staffelregelung

a) Bei Tod der Versicherten Person ab dem 19. Monat nach dem Beginn der Versicherung zahlen wir die garantierte Versicherungssumme. In den ersten 9 Monaten ist die Versicherungsleistung auf die eingezahlten Beiträge beschränkt. Im 10. bis 12. Monat beträgt sie 25 %, im 13. bis 15. Monat 50 %, im 16. bis 18. Monat 75 % der Versicherungssumme, mindestens aber die eingezahlten Beiträge. Dazu kommt die Überschuss-Beteiligung (siehe § 2), die Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ sehen.

b) Stirbt die Versicherte Person infolge eines Unfalls, den sie nach dem Beginn der Versicherung erlitten hat, zahlen wir die garantierte Versicherungssumme. Ein Unfall liegt vor, wenn die Versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(2) Versicherungen mit einmaliger Beitragszahlung – Staffelregelung

a) Bei Tod der Versicherten Person ab dem 7. Monat nach dem Beginn der Versicherung zahlen wir die garantierte Versicherungssumme. In den ersten 6 Monaten ist die Versicherungsleistung auf den einmaligen Beitrag beschränkt. Dazu kommt die Überschuss-Beteiligung (siehe § 2), die Sie in der „Mitteilung der Wertentwicklung“ sehen.

b) Stirbt die Versicherte Person infolge eines Unfalls, den sie nach dem Beginn der Versicherung erlitten hat, zahlen wir die garantierte Versicherungssumme. Ein Unfall liegt vor, wenn die Versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Zusätzliche Leistung bei Unfalltod (wenn vereinbart)

(3) Zusätzliche Leistung bei Unfalltod

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

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

(4) Mitwirkung von Gebrechen und Krankheiten am Unfalltod

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

§ 2 Wie erfolgt die Überschuss-Beteiligung?

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

Wir erläutern Ihnen,

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

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

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

Dazu erklären wir Ihnen

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

- a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:
- den Kapitalerträgen **aa)**,
 - dem Risikoergebnis **bb)** und
 - dem übrigen Ergebnis **cc)**.

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

aa) Kapitalerträge

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

bb) Risikoergebnis

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

cc) **Übriges Ergebnis**

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

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

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschuss-Beteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56 b des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56 b VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellungen für die Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

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

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

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

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

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

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

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

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

- b) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen aus der oben genannten Gewinngruppe. Die Mittel für die Überschuss-Anteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschuss-Anteilsätze wird jedes Kalenderjahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschuss-Anteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie jederzeit auf unserer Internetseite abrufen.

- c) Bei Beendigung des Vertrags (durch Tod oder Kündigung) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(3) **Welche Berechnungsgrundsätze gelten für Ihren Vertrag?**

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

a) **Laufende Überschuss-Anteil**

Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile:

Zins-Überschuss:	in Prozent des Deckungskapitals ²⁾ zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahrs
Grund-Überschuss:	in Prozent des Risikobeitrags der Versicherung für das abgelaufene Versicherungsjahr
Ansammlungszinsen:	in Prozent des am Ende des abgelaufenen Versicherungsjahrs angesammelten Betrags der verzinslichen Ansammlung vor der Zuteilung von Grund- und Zins-Überschuss
Überschuss-Verwendung:	Die laufenden Überschussanteile werden zur Bildung einer verzinslichen Ansammlung verwendet.

b) **Schluss-Überschuss-Anteil**

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

Schluss-Überschuss bei Tod

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

Schluss-Überschuss bei Kündigung (Rückkauf)

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

1) Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 65 VAG und § 341 e und § 341 f des HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet. 2) Deckungskapital nennt man den für den Einzelvertrag berechneten Teil der Deckungsrückstellung des Bestandes.

c) **Todesfallbonus (wenn vereinbart)**

Haben Sie den Todesfallbonus vereinbart, wird bei Tod der Versicherten Person nach einer Wartezeit von 36 Monaten der für das jeweilige Geschäftsjahr deklarierte Todesfallbonus gezahlt. Der Todesfallbonus bemisst sich in % der garantierten Versicherungssumme.

Für den vereinbarten Todesfallbonus entfallen die laufenden Überschuss-Beteiligungen und der Schluss-Überschuss gemäß § 2 Abs. 3 a und b.

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

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

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

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

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die Versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.
- (2) Bei Ableben der Versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf den Betrag, der für den zum Todestag berechneten Rückkauf (§ 8 Abs. 3 bis 5) fällig wird. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland besteht Todesfallschutz, wenn die Versicherte Person zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles weder Streitkräften angehört hat, noch aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war.
- (3) Bei Ableben der Versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf den Betrag, der für den zum Todestag berechneten Rückkauf (§ 8 Abs. 3 bis 5) fällig wird, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.
- (4) Haben Sie eine zusätzliche Leistung bei Tod durch Unfall vereinbart und wird der Unfalltod verursacht durch
 - Kernenergie oder ABC-Waffen,
 - Krieg, Bürgerkrieg oder innere Unruhen,besteht kein Versicherungsschutz für diese zusätzliche Leistung. Die Absätze 2 und 3 bleiben hiervon unberührt.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der Versicherten Person?

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

§ 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

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

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

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

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

Kündigung und Auszahlung (Rückkauf)

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

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

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

a) Rückkaufswert

Die Berechnung des Rückkaufswertes erfolgt nach den Vorgaben des Versicherungsvertragsgesetzes.

Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Kündigungstermin berechnete Deckungskapital der Versicherung. Dabei setzen wir mindestens den Betrag des Deckungskapitals an, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 9 Abs. 3 Satz 4) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufswert).

Für den Fall der Kündigung wird nachfolgender Stornoabzug vereinbart:

b) Stornoabzug

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

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

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

c) Auszahlungsbetrag bei Rückkauf

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

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

- (4) Von dem nach Abs. 3 ermittelten Auszahlungsbetrag bei Rückkauf werden Beitragsrückstände und Forderungen abgesetzt.
- (5) Wir sind berechtigt, den nach Abs. 3 errechneten Rückkaufswert angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszu-schließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet (§ 169 Abs. 6 VVG).
- (6) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschuss-Anteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 5 berechneten Wert enthalten sind, sowie einen Schluss-Überschuss-Anteil, soweit ein solcher nach § 2 für den Fall eines Rückkaufs vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einem Rückkauf ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 2 Abs. 2 c zugeteilten Bewertungsreserven.
- (7) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann nachteilig sein:**
Im Falle eines Rückkaufs kann der Rückkaufswert und damit der Auszahlungsbetrag geringer sein als die Summe der eingezahlten Beiträge. Das liegt daran, dass im Versicherungsfall die vereinbarte Versicherungsleistung gezahlt wird, auch wenn erst ein Beitrag gezahlt worden ist. Deshalb müssen die Beiträge aller, auch die von Ihnen eingezahlten, zur Deckung der Leistungen sowie Kosten der Versichertengemeinschaft herangezogen werden. Nur der nicht für die Risikoübernahme und Kosten verbrauchte Beitrag-santeil Ihrer Versicherung kann zur Bildung Ihres Deckungskapitals verwendet werden.

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

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

Wiederherstellung nach Rückkauf

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

Vertragserhaltende Maßnahmen bei Zahlungsschwierigkeiten

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

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

Beitragsfreistellung (beitragsfreie Versicherungssumme)

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

Für den Fall der Beitragsfreistellung wird außerdem folgender Stornoabzug vereinbart:

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

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

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

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

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

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

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

Beitragsreduzierung

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

Bei der Beitragsreduzierung nehmen wir keinen Stornoabzug vor.

Wiedererhöhung nach Beitragsreduzierung

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

Beginnverlegung

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

Der Anspruch auf Beginnverlegung besteht nur einmal.

Beitragsverrechnung

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

Beitragsstundung

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

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

Beitragsrückzahlung

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

§ 9 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.
- (2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten z.B. die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

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

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

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

- (4) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.
- (5) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (siehe § 8). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und beitragsfreien Versicherungssumme sowie ihren jeweiligen Höhen können Sie der „**Mitteilung der Wertentwicklung**“ entnehmen.

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

- (1) Nach Eintritt des Versicherungsfalls erteilt uns der Versicherungsnehmer, die Versicherte Person oder berechnigte Dritte jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Hierzu können wir notwendige Nachweise im Original verlangen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

- (2) Der Tod der Versicherten Person ist uns unverzüglich – der Unfalltod möglichst innerhalb von 48 Stunden – anzuzeigen. Außerdem sind uns einzureichen:
 - eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort der Versicherten Person,
 - bei Tod in den ersten 3 Jahren nach dem Beginn der Versicherung ein Nachweis darüber, dass es sich um einen natürlichen oder unnatürlichen Tod handelt,
 - bei Unfalltod ist immer ein ausführliches, ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der Versicherten Person geführt hat und zusätzliche Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen.

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

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

§ 11 Wer erhält die Versicherungsleistung?

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

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

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. 1 entsprechend.

§ 13 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

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

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

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

§ 14 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Wir stellen Ihnen keine Kosten gesondert in Rechnung.

§ 15 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 16 Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

- (2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlicher Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 17 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

Rechnungsgrundlagen

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

Bei der Beitragskalkulation und der Berechnung der Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile verwenden wir die Sterbetafel IDEAL2012STG. Als Rechnungszins haben wir 1,25 % angesetzt. Die Rechnungsgrundlagen werden der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht mitgeteilt.

Die Kalkulation erfolgt geschlechtsneutral.

Bitte beachten Sie:

Folgen bei Nichtbeachtung von Verhaltensregeln

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

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen.

Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

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

Versicherungsjahr

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

Vertragssprache

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

Anhang

Erläuterungen zu den Stornoabzügen

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

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

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

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

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

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

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

Allgemeine Bedingungen für die Rückholkostenversicherung IDEAL SterbeGeld

Versicherte Person

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

Versicherte Leistung

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

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

Insgesamt werden maximal

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

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

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

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

Ausschlüsse

Ausgeschlossen ist der Ersatz von Kosten,

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

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

Beitrag und Dauer des Versicherungsschutzes

Die Rückholkostenversicherung ist für Sie ohne Mehrbeitrag.

Der Versicherungsschutz aus der Rückholkostenversicherung endet

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

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

Erforderliche Nachweise

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

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

Mitteilungen

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

IDEAL Vorsorge GmbH

Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe

Kochstraße 26 • 10969 Berlin

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

Besondere Bedingungen für die Pflege-Zusatzversicherung (BB_PRZ_2015A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen. Die Versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist. Versicherungsnehmer und Versicherte Person können unterschiedliche Personen sein. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Besonderen Bedingungen für die Pflege-Zusatzversicherung (BB_PRZ_2015A).

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

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

Ein rückwirkender Anspruch auf Beitragsbefreiung der Haupt- und Zusatzversicherung besteht maximal für ein Jahr ab Anzeige des versicherten Pflegefalls bei uns unter Einreichung der Nachweise (vgl. § 6). Den rückwirkenden Anspruch zahlen wir Ihnen in einem Betrag aus.

- (4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt zum Ende des Monats, in dem die Versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne von § 2 ist.
- (5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen die Beiträge weitergezahlt werden. Bei Anerkennung der Leistungspflicht zahlen wir die überzahlten Beiträge zurück.
- (6) Tritt Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 innerhalb der ersten 36 Monate nach Beginn der Versicherung ein und ist diese nicht unfallabhängig, erlischt die Zusatzversicherung und wir erstatten die für die Zusatzversicherung gezahlten Beiträge.
- (7) Bei Tod der Versicherten Person werden keine Leistungen aus dieser Zusatzversicherung fällig.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Erläuterung der Pflegestufen im Sinne dieser Zusatz-Bedingungen

(1) Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Definitionen vollständig erfüllt wird.

a) Einstufung analog § 14 und § 15 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI Stand 15.02.2013)

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

Die Schwerpflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Als Krankheiten oder Behinderungen gelten Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Wichtiger Hinweis: Diese Definition für die Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) entspricht der des § 14 und des § 15 SGB XI (Stand 15.02.2013). Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung der IDEAL Pflege-Zusatz-Versicherung führen. Den Gesetzestext mit Stand vom 15.02.2013 können Sie im Anhang lesen.

b) Einstufung nach dem Punktesystem

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt auch vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung 4 oder 5 Punkte gemäß § 2 Abs. 3 erreicht. Dies bedeutet, dass die Versicherte Person bei 4 oder 5 Verrichtungen gemäß § 2 Abs. 3 in dem dort jeweils beschriebenen Umfang der Hilfe bedarf.

Die Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

c) Einstufung bei Vorliegen einer Demenz

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt auch vor, wenn diese infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung geistige Fähigkeiten verliert, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken (Autonomieverlust), welche voraussichtlich dauerhaft, mindestens jedoch für sechs Monate bestehen wird.

Zusätzlich müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- **Erfüllen eines der beiden Demenz-Kriterien:**

1. Nicht-mehr-Zurechtfinden im persönlichen außerhäuslichen Umfeld und Nicht-Erfüllung einfacher Aufgaben nach Aufforderung in diesem Umfeld.

Als persönliches außerhäusliches Umfeld im Sinne dieser Bedingungen gilt das Umfeld der Versicherten Person, welches sie vor Auftreten ihrer Demenz häufig im Alltag aufgesucht hat.

Eine einfache Aufgabe in diesem Umfeld ist beispielsweise ein Einkauf von Brot beim nächstgelegenen Bäcker / Supermarkt und/oder ein Besuch bei den Kindern und / oder Bekannten im selben Stadtviertel.

2. Nicht-mehr-Zurechtfinden im innerhäuslichen Umfeld und Nicht-Erfüllung einfacher Aufgaben nach Aufforderung in diesem Umfeld.

Als innerhäusliches Umfeld im Sinne dieser Bedingungen gilt das Umfeld der Versicherten Person innerhalb ihres Hauses, ihrer Wohnung bzw. ihres Zimmers im Senioren- bzw. Pflegeheim.

Eine einfache Aufgabe in diesem Umfeld ist beispielsweise das Auffinden vorgegebener Gegenstände (z.B. einer Zahnbürste, eines Fernsehers etc.).

- **Mini-Mental-Status-Test mit maximal 12 von 30 Punkten**

Die Diagnose der Demenz und der Nachweis der kognitiven Beeinträchtigung sowie die Plausibilität der Punktzahl im Mini-Mental-Status-Test müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren mit Erfassung der Anamnese, der klinischen Ausprägung und ggf. mittels zusätzlicher standardisierter Testverfahren von einem Arzt mit neurologischer oder psychiatrischer Facharztausbildung bestätigt werden.

Das nicht mehr mögliche oder eingeschränkte Zurechtfinden der Versicherten Person im jeweiligen Umfeld sowie das nicht mehr mögliche Erfüllen von einfachen Aufgaben nach Aufforderung innerhalb des jeweiligen Umfeldes sind von einem Arzt mit neurologischer oder psychiatrischer Facharztausbildung aus den zur Diagnose führenden Daten zu bestätigen. Bei dieser Betrachtung finden körperliche Einschränkungen der Versicherten Person sowie äußere Umstände keine Berücksichtigung.

(2) Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Definitionen vollständig erfüllt wird.

a) Einstufung analog § 14 und § 15 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI Stand 15.02.2013)

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe in erheblichem oder höherem Maße bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Die Schwerstpflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Als Krankheiten oder Behinderungen gelten Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Wichtiger Hinweis: Diese Definition für die Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) entspricht der des § 14 und des § 15 Sozialgesetzbuch XI (Stand 15.02.2013). Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu **keiner Leistungsänderung** der IDEAL Pflege-Zusatzversicherung führen. Den Gesetzestext mit Stand vom 15.02.2013 können Sie im Anhang lesen.

b) Einstufung nach dem Punktesystem

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) der Versicherten Person liegt auch vor, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung 6 Punkte gemäß § 2 Abs. 3 erreicht. Dies bedeutet, dass die Versicherte Person bei allen 6 Verrichtungen gemäß § 2 Abs. 3 in dem dort jeweils beschriebenen Umfang der Hilfe bedarf.

Die Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

(3) Einstufungskriterien nach dem 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 ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

In Abhängigkeit von den erreichten Punkten wird die Versicherte Person ggf. einer Pflegestufe gemäß des § 2 Abs. 1 b oder 2 b zugeordnet. Die Punkte werden wie folgt ermittelt:

- **An- und Auskleiden – 1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken – 1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
- **Waschen – 1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
- **Fortbewegen im Zimmer – 1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- **Aufstehen und Zubettgehen – 1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- **Verrichten der Notdurft – 1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die Versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

§ 3 Wie erfolgt die Überschuss-Beteiligung?

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

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

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

- a) Ihre Zusatzversicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gruppe, die in § 3 Abs. 2 b genannt ist. Die Mittel für die Überschuss-Anteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschuss-Anteilsätze wird jedes Kalenderjahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschuss-Anteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie jederzeit bei uns anfordern.

- b) Ihre Versicherung gehört zur Gewinn- und Bestandsgruppe Pflegerentenversicherungen. Die Verteilung der Überschüsse für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang diese zu ihrer Entstehung beigetragen haben.

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

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

Bewertungsreserven und Schlussüberschüsse fallen nicht an.

(3) Information über die Höhe der Überschuss-Beteiligung

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

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

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Versicherungsfälle, die verursacht sind

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

In diesen Fällen endet die Zusatzversicherung ohne Leistung.

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

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

Diese Anzeigepflicht gilt im Rahmen der Risikoprüfung, die Grundlage unserer Annahmendeckung 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 Anzeigepflichtverletzung

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

Rücktritt

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

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

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

Kündigung

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

Vertragsanpassung

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

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

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (14) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

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

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

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

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

(1) Der Eintritt der versicherten Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- bei gesetzlich Pflegepflichtversicherten das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung oder,
- sofern keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht, diese kein Gutachten erstellt oder der Bescheid bzw. Änderungsbescheid nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen (z.B. nach Änderung des Sozialgesetzbuches bzw. andere Pflegeeinstufung), eine ärztliche Bescheinigung über Ursache, Beginn und Verlauf (voraussichtliche Dauer) der Pflegebedürftigkeit sowie eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege von der Einrichtung bzw. Personen, die mit der Pflege betraut sind. Dabei sind die Voraussetzungen und Kriterien nach Maßgabe von § 2 Abs. 1 a und b oder § 2 Abs. 2 a und b in Verbindung mit § 2 Abs. 3 zu beachten.
- Wird eine Leistung wegen Demenz gemäß § 2 Abs. 1 c verlangt, ist zusätzlich ein Gutachten eines Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie) vorzulegen. Das Gutachten muss unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren erstellt werden. Einzelheiten lesen Sie bitte unter § 2 Abs. 1 c nach. Die durch das Gutachten entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir weitere notwendige Nachweise bzw. Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen und erforderliche Daten selbst ermitteln.

Wir können verlangen, dass sich die Versicherte Person von durch uns beauftragten Ärzten untersuchen lässt. Die Ärzte, die die Versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, (Sozial-)Versicherungsträger, Behörden oder Kranken- und Pflegeeinrichtungen sind zu ermächtigen, uns erforderliche Auskünfte zu erteilen, und von der Schweigepflicht (siehe Antrag/Angebot) zu entbinden. Hierzu empfehlen wir eine entsprechende Vorsorgevollmacht zu erteilen.

Die Nachweise sind uns im Original einzureichen.

(2) Bei der Leistungsprüfung erheben wir personenbezogene Gesundheitsdaten nur, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist und eine Einwilligung vom Berechtigten gegeben wurde. Widerspricht der Berechtigte der Erhebung, kann der Widerspruch zur Leistungsfreiheit führen, sofern der Berechtigte uns nicht anderweitig einen geeigneten Nachweis erbringt. Die Nachweise sind uns im Original einzureichen.

Ergeben sich aus den im Leistungsfall eingereichten Unterlagen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung oder Vertragsänderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden, sind die vorstehend genannten Personen oder Einrichtungen ebenfalls zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zur Überprüfung der Angaben zu erteilen. Haben Sie oder die Versicherte Person die Obliegenheit vorsätzlich oder arglistig verletzt, besteht die Ermächtigung nur 10 Jahre nach Vertragschluss oder Vertragsänderung. Ansonsten erlischt das Recht nach Ablauf von 5 Jahren; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind.

Auszahlung der Versicherungsleistung

(3) Zur Feststellung der Leistungspflicht sind uns die erforderlichen Nachweise gemäß Abs. 1 bis 2 zu erbringen. Innerhalb einer Woche entscheiden wir, ob und ab welchem Termin ein Leistungsanspruch besteht. Die Frist beginnt, wenn alle erforderlichen Unterlagen zur Leistungsprüfung bei uns eingegangen sind.

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

Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit

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

(5) Wir können im Leistungsfall regelmäßig eine amtlich beglaubigte Lebensbescheinigung für die Versicherte Person verlangen. Versäumen Sie die rechtzeitige Vorlage der Unterlagen, ruht die Beitragsbefreiung ab der nächsten Fälligkeit und die Beitragszahlung ist wieder aufzunehmen. Zur Vorlage des Nachweises werden wir Sie jeweils ausdrücklich auffordern.

(6) Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir weitere notwendige Nachweise bzw. Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen und erforderliche Daten selbst ermitteln. § 6 Abs. 1 gilt entsprechend.

Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person

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

(8) Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass die Versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist, wird die Versicherungsleistung mit Ablauf des Monats, in dem die Minderung eingetreten ist, eingestellt. Zu viel erhaltene Versicherungsleistungen sind zurückzuzahlen. Die Beiträge für die Haupt- und Zusatzversicherung sind ab dem Folgemonat nach Wegfall der versicherten Pflegestufe wieder zu zahlen.

§ 7 Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

Rechnungsgrundlagen für die Zusatzversicherung

(1) Bei der Beitragskalkulation und der Berechnung der Bemessungsgrößen für die Überschuss-Anteile verwenden wir für das Todes- und Pflegefallrisiko Ausscheideordnungen (Pflege- und Sterbetafeln IDEAL2012PFL). Der Rechnungszins beträgt 1,25 %. Die Rechnungsgrundlagen werden der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht mitgeteilt.

Die Kalkulation erfolgt geschlechtsneutral.

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

Beitragsanpassung bei verändertem Leistungsbedarf

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

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

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

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

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

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen wurde (Hauptversicherung), eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.
- (2) Die Zusatzversicherung erlischt, wenn Sie die Hauptversicherung zurückkaufen oder in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Aus der Zusatzversicherung wird kein zusätzlicher Betrag fällig.
- (3) Sofern keine Leistung aus der Zusatzversicherung erbracht wird, können Sie diese zum Ende eines jeden Monats kündigen. Wird die Zusatzversicherung gekündigt, fällt kein Betrag zur Rückzahlung an.
- (4) Wird der Beitrag der Hauptversicherung verringert oder erhöht, wird die Zusatzversicherung entsprechend angepasst.

- (5) Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschuss-Beteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.
- (6) Besteht ein Leistungsanspruch aus der Zusatzversicherung und wird die Hauptversicherung gekündigt, endet der Leistungsanspruch aus der Zusatzversicherung zum Kündigungstermin. Die Zusatzversicherung erlischt ohne Gegenwert.
- (7) Ansprüche aus der Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.
- (8) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Anhang

Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI Stand 15.02.2013)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Abs. 1 sind:
 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Abs. 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. 1 sind:
 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- (2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43 a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

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 Ablaufleistung/dem Rückkaufswert und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Sparanteil) inklusive der Beiträge für das Todesfall-Risiko. Beiträge zu Zusatzversicherungen und 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 individuellem Kirchensteuerzuschlag** 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 einer versicherten Pflegebedürftigkeit (sofern vereinbart) fällig 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.

Meldepflichten

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

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

Änderungen des Steuerrechts

Die allgemeinen Steuerhinweise gelten für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 01/2015). Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den Ausführungen nicht berücksichtigt.

Die oben angeführten Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden (§3 StBerG).

* 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.