

### Versicherungsnehmer und Versicherte Person

Name	Vorname	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	Derzeitige berufliche Tätigkeit
Wohnanschrift: Straße		Hausnummer	Zustellvermerk
Postleitzahl	Ort	Telefon*	E-Mail*

\* freiwillige Angaben

### Beantragte Versicherung:

IPOS-Partnerantragsnummer: \_\_\_\_\_

Bitte wählen Sie Ihre garantierte monatliche Pflegerente aus (max. 750 €):

Leistungen im Pflegefall	<input type="checkbox"/> <b>Basis</b> (Eintrittsalter 18 bis 75 Jahre)	<input type="checkbox"/> <b>Klassik</b> (Eintrittsalter 18 bis 60 Jahre)
Pflegegrade 4 und 5	€	€
Pflegegrad 3	-	€

### Optionen

Todesfallleistung (bei Einmalbeitrag obligatorisch) <sup>a)</sup>	<input type="checkbox"/> 80 % Beitragsrückgewähr <input type="checkbox"/> keine
<b>Sofern Sie keine Todesfallleistung gewählt haben, besteht kein Anspruch auf eine Beitragsrückgewähr.</b>	
Pflegerentengarantiezeit <sup>b)</sup>	<input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate

<sup>a)</sup> Wir berücksichtigen maximal die Beiträge, die vor dem Versicherungstichtag des Jahres gezahlt werden, in dem die Versicherte Person 85 wird. Wird die Versicherte Person 86, reduziert sich im gleichen Kalenderjahr die Todesfallleistung. Sie fällt von da an jährlich um einen festen Anteil (ein Prozentpunkt) immer zum Versicherungstichtag.

<sup>b)</sup> Bei Tod der Versicherten Person innerhalb des ersten Jahres nach Beginn der Pflegerentenzahlung wird die Pflegerente des anerkannten Pflegegrades für sechs oder zwölf Monate als einmalige Todesfallleistung ausgezahlt. Bereits gezahlte Pflegerenten werden dabei abgezogen.

### Versicherungsbeginn und Beitragzahlung

Versicherungsbeginn	Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr)	Versicherungsdauer
	Jahre	lebenslang
<b>zu zahlender Beitrag</b>	€	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> einmalig

Die laufenden Beiträge sind während der gesamten Versicherungsdauer zu zahlen. Die laufende Beitragzahlung ruht bei Anspruch auf Pflegerentenzahlung.

### Bezugsrecht im Todesfall (sofern Todesfallleistung vereinbart)

Name	Vorname	Geburtsdatum		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	Birthsort

### SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000559230**

Ich ermächtige Sie, die Versicherungsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die wiederkehrenden Lastschriften der IDEAL Lebensversicherung a.G. einzulösen.<sup>1)</sup>

#### Versicherungsnehmer ist Beitragszahler

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers (Kreditinstitut)

IBAN	BIC
------	-----

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich werde spätestens drei Tage vor der ersten oder jeder veränderten Abbuchung über die künftigen Fälligkeiten und Abbuchungsbeträge informiert. Die Mandatsreferenznummer erhalte ich vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug.

Auf unserer Internetseite unter [www.idvers.de/datenschutz](http://www.idvers.de/datenschutz) können Sie die Informationen zur Verwendung Ihrer Daten abrufen.

**Angaben des Antragstellers zum Geldwäschegegesetz (GwG)****Identifizierung des Versicherungsnehmers als natürliche Person.**Der **Versicherungsnehmer** ist eine natürliche Person und wird **wie folgt identifiziert<sup>2)</sup>:**

Reisepass       Personalausweis       Pass- oder Ausweisersatz

Name \_\_\_\_\_ Vorname(n) – Bitte geben Sie alle Vornamen an, die im Ausweisdokument genannt sind.

Ausweis-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_ Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

<sup>2)</sup>Für die korrekte Identifizierung ist neben den Ausweisdaten eine **Ausweiskopie** (Vorder- und Rückseite) des Versicherungsnehmers erforderlich.

**Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten**

Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung.  
Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.

Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten.  
**Die Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten ist erforderlich.**

**Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten (nur natürliche Personen)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Wohnanschrift:** Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung/Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt.

In welcher Beziehung steht der wirtschaftlich Berechtigte zum Versicherungsnehmer?

**Angabe zur Steuerpflicht im Ausland**

Wenn Sie außerhalb von Deutschland steuerpflichtig sind, bestätigen Sie dies mit Ja.

Ja     Nein

Hinweis: Andernfalls bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie ausschließlich in Deutschland steuerpflichtig sind.

Wenn Sie mit „Ja“ geantwortet haben, füllen Sie bitte zusätzlich das Formular „Angaben zur Steuerpflicht im Ausland“ aus.

**Erklärung zur Versicherten Person**

Bitte beantworten Sie die Frage und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an. Für die vollständige und richtige Beantwortung ist die Versicherte Person verantwortlich. Eine unrichtige Angabe gefährdet Ihren Versicherungsschutz. Angaben, die Sie gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich uns gegenüber schriftlich nachzuholen. Bitte nehmen Sie dann einen kurzen Hinweis auf. Lesen Sie vor Abgabe der Erklärung die beiliegende „**Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung**“.

Körpergröße \_\_\_\_\_ derzeitiges Gewicht  
cm | kg

Ab einem BMI (Body-Mass-Index) > 32 kann der Versicherungsschutz in diesem Produkt nicht gewährt werden. Wir prüfen dann gern die Absicherung in unserer IDEAL PflegeRente unter Berücksichtigung der vollumfänglichen Gesundheitsprüfung.

Der Body-Mass-Index wird wie folgt berechnet: Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch Körpergröße in Metern zum Quadrat. Beispiel: 70 / (1,75 \* 1,75) = 22,86

**Ich erkläre, dass ich in den letzten 5 Jahren nicht wegen einer der folgenden Erkrankungen<sup>3)</sup> bzw. Gesundheitsstörungen<sup>3)</sup> ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wurde:**

- Erkrankungen des Herzens, die operativ, minimalinvasiv oder mit Katheter behandelt wurden oder bei denen eine solche Behandlung angeraten ist,
- Nieren-, Diabetes- oder Lebererkrankungen,
- Sucht- oder psychische Erkrankungen,
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Demenz, Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose, Schlaganfall einschließlich transitorische ischämische Attacke (TIA)),
- gut- oder bösartigen Geschwulsterkrankungen (Tumore, Krebskrankungen einschließlich Blutkrebs),
- Lupus Erythematoses, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Rheumatoide Arthritis, HIV-Infektion
- dauerhafte Einschränkungen der Lungenfunktion (z.B. chronisch obstruktive Bronchitis, Lungenemphysem)
- Veränderungen an Gelenken, Bandscheiben, Sehnen, Knochen oder Muskeln, die zu einer dauerhaften Einschränkung der Beweglichkeit geführt haben oder wiederkehrend (chronisch) zu schmerzhaften Episoden führen oder
- eine Harn- und/oder Stuhlinkontinenz.

Eine Schwerbehinderung (GdB / GdS ab 30) oder Pflegebedürftigkeit liegt nicht vor und deren Feststellung ist auch nicht beantragt.

**Trifft diese Erklärung in vollem Umfang zu?  ja  nein**

Wenn Sie diese Erklärung nicht abgeben können, beantworten Sie bitte die vollständigen Gesundheitsfragen der IDEAL PflegeRente. Sie können die Versicherbarkeit vorab durch die IDEAL Risikoprüfungshotline unter 030/ 25 87 -100 prüfen lassen.

<sup>3)</sup>Darunter fallen nicht: Vorsorgeuntersuchungen ohne konkreten Verdacht oder aufgrund unklarer Beschwerden ohne pathologischen Befund; folgenlos ausgeheilte (nicht chronisch) Erkältungskrankheiten und folgenlos ausgeheilte Sport- und Haushaltsverletzungen mit weniger als 10 Tagen Behandlungsduer.

**Empfangsbestätigung** (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

Hiermit bestätige ich, dass ich alle auf Seite 5 aufgeführten Vertragsinformationen in Textform vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe.  
Die **Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung** wurde mir ausgehändigt.

Datum/Unterschrift Versicherungsnehmer

**X****Besondere Vereinbarung**

Hier können Sie z. B. ein besonderes Bezugsrecht oder einen abweichenden Policenversand (z. B. an Ihre Bank) mit uns vereinbaren.

**Hinweis zum Verfahren der elektronischen Unterschrift**

Zur Unterzeichnung des Antrags haben Sie zwei Möglichkeiten: Sie können das Verfahren der elektronischen Unterschrift nutzen und somit zu einer schnelleren und effizienteren Bearbeitung beitragen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, die Unterschriften auf dem in Papierform vorliegenden Antrag zu leisten.

Ich bin mit dem Verfahren zur elektronischen Unterschrift einverstanden und möchte es nutzen. Über Alternativen wurde ich informiert.

**Wichtige Hinweise zu den Schlusserklärungen und Unterschriften**

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die näheren Informationen und verbindlichen Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten Person auf den Folgeseiten. Sie erklären mit Ihrer Unterschrift auch Ihr Einverständnis zur/zum:

- Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats,
- Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten,
- Verwendung dieser und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten und deren Weitergabe an namentlich benannte Stellen außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a. G.,
- Verwendung der Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt,
- Kommunikation per E-Mail,
- Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist

und entbinden uns entsprechend von unserer Schweigepflicht.

Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen und Einwilligungen zum Inhalt des Antrags und bestätigen den Erhalt und Ihre Kenntnisnahme. Diese sind für den Vertragsschluss stets erforderlich. Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise zu widerrufen. **Nähere Informationen dazu finden Sie unmittelbar auf den Folgeseiten.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/Versicherte Person

**X****Erklärung und Unterschrift des Vermittlers**

Ich bestätige, dass der Antrag mit den Angaben des Versicherungsnehmers ausgefüllt wurde und die erforderlichen Unterlagen dem Versicherungsnehmer vor Antragstellung vorgelegt. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschriften gemäß Geldwäschegegesetz sowie die Geschäftsbeziehungen und des Vertragszwecks habe ich anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft und ich bestätige diese als zutreffend.

VPA-Nummer

Externe VPA-Nummer

IHK-Registernummer

Unterschrift Vertriebspartner

## **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die IDEAL Lebensversicherung a.G. (nachfolgend IDEAL genannt) daher Ihre datenschutz-rechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. an unsere Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter service@ideal-versicherung.de oder per Post zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die IDEAL selbst (unter 1.),
  - bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der IDEAL (unter 2.),
- und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).



### **1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die IDEAL**

Ich willige ein, dass die IDEAL die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### **2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der IDEAL**

Die IDEAL verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit:

General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln (als Dienstleister für mögliche Risikoeinschätzungen)

#### **2.1 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Die IDEAL gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (Annahme unter Einschränkung des Versicherungsschutzes) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihrem Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde und ob Einschränkungen zur Versicherbarkeit bestimmter Pflegegrade vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über Einschränkungen bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die IDEAL meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

#### **2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die IDEAL Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die IDEAL Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die IDEAL aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die IDEAL das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die IDEAL unterrichtet.

Der Rückversicherer ist:

- General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die IDEAL tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### **3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die IDEAL Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der IDEAL bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die IDEAL meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

### **Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die IDEAL konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein.

### **Einwilligung in die Kommunikation per E-Mail**

Ich willige ein, dass mir die IDEAL Lebensversicherung a.G., IDEAL Versicherung AG und IDEAL Sterbekasse Lebensversicherung AG vertragsbezogene Informationen zu sämtlichen Verträgen per E-Mail zusenden können. Dies gilt ebenso für Gesundheitsdaten und sonstige, besonders geschützte Daten.

Die E-Mails werden mit einer TLS-Verschlüsselung versendet. Eine verschlüsselte Übermittlung erfolgt nur, soweit diese von Ihrem E-Mail-Provider unterstützt wird. Dokumente, die elektronisch bereits zugestellt wurden, werden nicht mehr per Post verschickt. Wenn Sie der Speicherung Ihrer E-Mail-Adresse widersprechen, senden wir Ihnen die vertragsbezogenen Informationen per Post zu. Für den Postversand können Gebühren anfallen. Über Änderungen meiner E-Mail-Adresse werde ich die IDEAL rechtzeitig informieren.

**Sie können Ihr Einverständnis jederzeit widerrufen. Dazu genügt eine E-Mail an service@ideal-versicherung.de. Detaillierte Informationen zur Verwendung und Löschung Ihrer Daten finden Sie hier: [www.idvers.de/datenschutz](http://www.idvers.de/datenschutz).**

## **1) Hinweis zur Angebotsanforderung (wenn gewählt)**

Mit dieser Angebotsanforderung stellen Sie keinen verbindlichen Antrag. Auf Basis Ihrer Angaben erstellen wir Ihnen ein für uns verbindliches Angebot. Dieses Angebot müssen Sie anschließend ausdrücklich annehmen. Die Annahmemöglichkeiten werden wir Ihnen mit dem Angebot mitteilen. Bitte beachten Sie, dass wir ein verbindliches Angebot nur erstellen können, wenn Sie alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß machen. Von der Erlaubnis zum Einzug der Beiträge wird nur im Falle des Zustandekommens des Versicherungsvertrages Gebrauch gemacht.

## **Vertragsinformationen** (gilt nicht bei Angebotsanforderung)

**Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung** müssen wir Ihnen als Versicherungsnehmer **alle vertragsrelevanten Informationen aushändigen**.

Im Einzelnen sind dies die nachfolgend genannten **Bestandteile der Vertragsinformationen**:

- Antrag IDEAL PflegeRentekompakt
- Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Versicherer- und Verbraucherinformationen
- Widerrufsbelehrung
- Mitteilung der Wertentwicklung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen der IDEAL PflegeRentekompakt
- Ergänzende Bedingungen der IDEAL PflegeRentekompakt
- Steuerinformationen
- Unsere Information zur Verwendung der Daten

Die Bedingungen gelten in der zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Version. Wenn Sie alle Informationen in Textform erhalten haben, bestätigen Sie dies bitte auf der Vorderseite. Die vollständigen vertragsrelevanten Informationen bekommen Sie nochmals zusammen mit dem Versicherungsschein.

## **Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers zur Pflegerentenversicherung**

### **Unsere Information zur Verwendung der Daten**

Auf unserer Internetseite unter [www.idvers.de/datenschutz](http://www.idvers.de/datenschutz) können Sie die Informationen zur Verwendung Ihrer Daten abrufen. Auf der Webseite finden Sie Informationen, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten und welche Rechte Ihnen zustehen. Diese Hinweise sind auch Bestandteil der Vertragsinformationen, die Sie in Textform vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben und welche wir Ihnen mit dem Versicherungsschein nochmal zusenden.

Ebenfalls im Internet unter [www.idvers.de/datenschutz](http://www.idvers.de/datenschutz) abrufen können Sie die Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen.

Nähere Informationen zu den beteiligten Dienstleistern und Rückversicherern stellen Ihnen diese unter folgendem Link zur Verfügung:  
[www.idvers.de/bficp0](http://www.idvers.de/bficp0)

Wir bieten Ihnen gerne an, alle Informationen per E-Mail oder per Post an Sie zu übermitteln. Wenn Sie dies wünschen, senden Sie uns bitte eine entsprechende Mitteilung an [service@ideal-versicherung.de](mailto:service@ideal-versicherung.de) oder rufen Sie uns an.

## **Datenaustausch mit der SCHUFA Holding AG**

Die IDEAL übermittelt im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieser Geschäftsbeziehung sowie Daten über nicht vertragsgemäßes Verhalten oder betrügerisches Verhalten an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DS-GVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der IDEAL oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten nach dem Geldwäschegesetz sowie zur Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a und 506 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Die SCHUFA verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der SCHUFA können online unter [www.schufa.de/datenschutz](http://www.schufa.de/datenschutz) eingesehen werden.

## **Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist**

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Die konkreten Informationen zur Ausübung Ihres Widerrufsrechts und den Widerrufsfolgen finden Sie in der Widerrufsbelehrung. Diese liegt den Versicherer- und Verbraucherinformationen bei. Sie erhalten die Widerrufsbelehrung auch noch einmal mit dem Versicherungsschein.

## **Nebenabreden**

Diese sind nur mit schriftlicher Zustimmung der IDEAL Lebensversicherung a.G. wirksam. Vertriebspartner sind hierzu nicht berechtigt.



# **Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung**

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen und einordnen können, ist es notwendig, dass Sie und die Versicherte Person alle Erklärungen und gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig abgeben bzw. beantworten. Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

## **1. Was ist die vorvertragliche Anzeigepflicht?**

- a) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung zur IDEAL PflegeRentekompakt verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (zum Beispiel Papierform, E-Mail oder auf unserer Website) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, aber auch für die von Ihnen abgegebenen Erklärungen zu von uns beschriebenen risikorelevanten Umständen.

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

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

## **2. Mit welchen Folgen müssen Sie bei Nichtbeachtung der vorvertraglichen Anzeigepflicht rechnen?**

Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- von Ihrer IDEAL PflegeRentekompakt zurücktreten,
- Ihre IDEAL PflegeRentekompakt kündigen,
- Ihre IDEAL PflegeRentekompakt ändern oder
- Ihre IDEAL PflegeRentekompakt wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

## **3. Was geschieht, wenn wir zurücktreten?**

- a) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von Ihrer IDEAL PflegeRentekompakt zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Verletzung der Anzeigepflicht vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir Ihre IDEAL PflegeRentekompakt – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- b) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand,
  - der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
  - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde.
- c) Wenn wir Ihre IDEAL PflegeRentekompakt durch Rücktritt aufheben, zahlen wir den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

## **4. Was geschieht, wenn wir kündigen?**

- a) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir Ihre IDEAL PflegeRentekompakt unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir Ihre IDEAL PflegeRentekompakt auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz), geschlossen hätten.
- c) Kündigen wir Ihre IDEAL PflegeRentekompakt, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe § 4). Ist eine Beitragsfreistellung nicht möglich, weil die Mindestrente nicht eingehalten wird, zahlen wir den Betrag, der bei Kündigung vereinbart ist, aus und Ihre IDEAL PflegeRentekompakt endet.



## **Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung**

---

### **5. Was geschieht, wenn wir Ihre IDEAL PflegeRentekompakt ändern?**

- a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir Ihre IDEAL PflegeRentekompakt auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann dazu führen, dass Sie für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall Ihren Versicherungsschutz rückwirkend verlieren. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der nächsten Beitragsfälligkeit oder sofort bei abgelöster Beitragszahlung Vertragsbestandteil.
- b) Sie können Ihre IDEAL PflegeRentekompakt innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen oder sich der Beitrag um mehr als 10% erhöht.
- c) Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

### **6. Welche Voraussetzungen gelten für die Ausübung unserer Rechte?**

- a) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.
- b) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

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

### **7. Was geschieht, wenn wir Ihre IDEAL PflegeRentekompakt anfechten?**

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

### **8. Was geschieht bei Leistungserweiterung/Wiederherstellung Ihrer IDEAL PflegeRentekompakt?**

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

### **9. Wer ist der Erklärungsempfänger?**

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

