

Lexikon

IDEAL UniversalLife

Dieses Lexikon soll Ihnen helfen, die Inhalte der Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen besser zu verstehen. Daher erläutern wir Ihnen hier Begriffe, die Sie vielleicht nicht kennen, auf die wir aber nicht verzichten können.

Dabei ist es möglich, dass Sie hier Texte finden, die genauso auch in den Bedingungen stehen. Warum? Weil einige Begriffe bereits in den Versicherungsbedingungen ausführlich erläutert werden. Diese Begriffe finden Sie jedoch an anderer Stelle, zum Beispiel im Produktinformationsblatt, ohne Erläuterungen vor. Da dieses Lexikon Sie auch in diesen Fällen unterstützen soll, haben wir die Erläuterung aus den Bedingungen übernommen.

Ebenso ist es möglich, dass die Beschreibung im Lexikon nicht vollumfänglich, sondern vereinfacht ist. Damit möchten wir die Verständlichkeit erhöhen. Im Zweifel gelten daher immer die Regeln der Versicherungsbedingungen.

Das Lexikon bezieht sich auf alle Risikoabsicherungen, die Sie in Ihre **IDEAL** UniversalLife einschließen können. Es differenziert nicht danach, welche Risikoabsicherung Sie gewählt haben und welche nicht. Daher finden Sie auch Erläuterungen zu Sachverhalten, die für Sie nicht relevant sind.

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

Ablöse-Option

Wenn für zusätzliche Risikoabsicherungen die Ablöse-Option besteht, können Sie ab dem 13. Monat der Laufzeit dieser Risikoabsicherung Ihre hierfür geplanten zukünftigen Beiträge durch Zahlung eines einmaligen Beitrags ablösen.

Die Höhe Ihres Ablösebeitrags ist abhängig vom Ablösungstermin und von den geplanten zukünftigen Einzahlungen.

Ihr Ablösebeitrag unterliegt denselben Regeln wie alle anderen Einzahlungen. Zahlen Sie den Ablösebeitrag im Rahmen der Flex-Option, gelten die dort beschriebenen Regeln zu den Kosten.

Absicherung

Hierbei handelt es sich um einen Sammelbegriff. Die Rentenversicherung und jede einzelne Risikoabsicherung sind eine Absicherung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die **IDEAL** UniversalLife gelten sowohl für die Rentenversicherung als auch für den Gesamtvertrag **IDEAL** UniversalLife. Sie beschreiben die Regeln, die für diese Versicherung und für unser Vertragsverhältnis gelten. Sollten Sie zusätzliche Risikoabsicherungen hinzugewählt haben, gelten für jede Risikoabsicherung auch die jeweiligen Ergänzenden Bedingungen.

Allgemeine Zinsregel

Zinsen werden in der Regel als jährlicher Zinssatz angegeben. Da wir Ihnen jeden Monat Überschüsse gutschreiben, rechnen wir diese jährlichen Zinssätze unter Berücksichtigung des Zinseszinses anhand der allgemeinen Zinsregel in monatliche Zinsen um. Diese Zinsregel lautet:

$$\text{monatlicher Zinssatz} = \sqrt[12]{1 + \text{jährlicher Zinssatz}} - 1$$

Der monatliche Zinssatz wird als Prozentsatz mit sechs Nachkommastellen gerundet.

Annahmerichtlinien

Neben den Gesundheitsfragen im Antrag spielen bei der **IDEAL** UniversalLife die Annahmerichtlinien eine bedeutende Rolle. Bei bestimmten Vorerkrankungen ist ein Abschluss der **IDEAL** UniversalLife nur erschwert (Zuschlag, Ausschluss) oder nicht möglich.

Anschluss-Option

Sie haben das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung von dem Pflegefallschutz Starter in den lebenslangen Pflegefallschutz Universal zu wechseln. Die Voraussetzungen dafür sind im § 16 der Ergänzenden Bedingungen zum Pflegefallschutz Starter genannt.

Arglist, arglistig

Bei Arglist handelt es sich um einen Rechtsbegriff. Die Folgen von Arglist sind in § 123 BGB geregelt. Arglistig handelt jemand, der einen Sachverhalt nicht korrekt wiedergibt, um jemand anderes dazu zu bewegen, zum Beispiel einen Vertrag zu schließen, den er nicht geschlossen hätte, wenn er die Wahrheit gekannt hätte. Dabei wird nicht unterschieden, ob derjenige, der arglistig handelt, bewusst eine falsche Aussage trifft oder es nur für möglich hält, dass seine Aussage nicht zutreffen könnte.

Beispiel:

Bei Beantragung von Versicherungen kommt es immer wieder vor, dass die Erkrankung einer Versicherten Person verschwiegen wird, um Versicherungsschutz für den sehr wahrscheinlichen Pflegefall zu erhalten. Hätte der Versicherer von der Erkrankung der Versicherten Person gewusst, hätte er die Pflegeversicherung nicht abgeschlossen. Denn die Kalkulation des Versicherers geht nur auf, wenn der Eintritt eines Versicherungsfalles ungewiss ist. Nur so funktioniert das Versicherungsprinzip. Der Versicherer sagt allen Versicherten eine Leistung für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu. Ein Teil der Versicherten wird dann tatsächlich pflegebedürftig, ein anderer Teil nicht. Wird ein Versicherter niemals Pflegefall, finanzieren seine Beiträge die Pflegerenten der anderen Versicherten mit.

Letztendlich schadet der Antragsteller mit seiner Arglist allen anderen Versicherten, da er aus dem gemeinschaftlich angesammelten Kapital eine nicht gerechtfertigte Leistung erhält. Um die Interessen aller Versicherten zu wahren, müssen wir diesen Sachverhalt in unseren Versicherungsbedingungen regeln.

Ausschleideordnung

Es gibt Statistiken darüber, wie lange Menschen eines jeden Geburtsjahrgangs in Deutschland durchschnittlich leben, wie wahrscheinlich es ist, dass sie ein bestimmtes Alter erreichen, und wie lange sie dann noch leben. Ebenso gibt es Statistiken darüber, wie wahrscheinlich Erkrankungen sind, wie oft Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit eintreten und wie lange sie andauern. Diese Statistiken nennt man Sterbetafeln,

Rententafeln, Invalidisierungstafeln, Pflgetafeln oder zusammengefasst: Ausscheideordnungen. Sie beantworten uns Fragen wie:

- Wie wahrscheinlich ist es, dass eine versicherte Leistung auch tatsächlich gezahlt werden muss?

Hierzu ein vereinfachtes Beispiel einer Todesfallversicherung:

Wir vereinbaren mit 1.000 Personen, die alle im gleichen Jahr geboren sind, dass ihre Hinterbliebenen 100.000 € erhalten, wenn sie innerhalb der nächsten zehn Jahre sterben. Statistisch gesehen stirbt eine dieser 1.000 Personen in diesem Zeitraum. Ohne Berücksichtigung anderer Einflüsse benötigen wir somit $100.000 \times 1: 1.000 = 100$ € Beitrag von jeder dieser Personen.

- Wie lange muss eine versicherte Rente voraussichtlich gezahlt werden?

Hierzu ein weiteres vereinfachtes Beispiel einer Rentenversicherung:

Wir sagen zwei Personen, die beide 65 Jahre alt sind, dass wir ihnen 100 € monatliche Rente zahlen, solange sie leben. Die erste Person stirbt mit 85 Jahren, also nach 20 Jahren. Die zweite Person stirbt mit 95 Jahren, also nach 30 Jahren. Im Durchschnitt haben beide folglich noch (20 Jahre + 30 Jahre): 2 = 25 Jahre gelebt. Ohne Berücksichtigung anderer Einflüsse wie Zins und Kosten benötigen wir somit $100 \times 12 \times 25 = 30.000$ € Beitrag von jeder der beiden Personen.

Befreiung von Ihrer Beitragszahlung, Beitragsbefreiung

Hierbei handelt es sich um eine versicherte Leistung: Wenn Sie eine Rente aus einer Risikoabsicherung erhalten, müssen Sie für die Dauer der Rentenzahlung keine Beiträge für diese Risikoabsicherung zahlen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 1 der entsprechenden Ergänzenden Bedingungen.

Beitragsfreistellung

Möchten Sie geplante Beiträge nicht zahlen, haben Sie verschiedene Möglichkeiten. Eine davon ist die Beitragsfreistellung. Bei einer Beitragsfreistellung stellen Sie Ihre Beitragszahlung für einen unbestimmten Zeitraum ein. Wie das genau funktioniert, haben wir in den Versicherungsbedingungen unter § 4, Absatz 7 b beschrieben.

Beitragspause

Möchten Sie geplante Beiträge nicht zahlen, haben Sie verschiedene Möglichkeiten. Eine davon ist die Beitragspause. Bei einer Beitragspause stellen Sie Ihre Beitragszahlung für einen bestimmten Zeitraum ein. Zur Vereinbarung einer Beitragspause passen Sie in Absprache mit uns einfach den Beitragsplan entsprechend an. Wie das genau funktioniert, haben wir in den Versicherungsbedingungen unter § 4, Absatz 7 b beschrieben.

Beitragsplan

Sie haben bei Vertragsabschluss einen Beitragsplan mit uns vereinbart. In diesem Beitragsplan sind alle von Ihnen geplanten Einzahlungen mit den Terminen, zu denen diese fällig sind, aufgelistet. Sie können Ihrem Beitragsplan entnehmen, zu welchen Terminen und in welcher Höhe Sie Einzahlungen geplant haben.

Für jede Absicherung existiert ein Beitragsplan. Die Beitragspläne sind Bestandteil Ihrer Vertragsunterlagen. Außerdem können Sie Ihren Beitragsplan in [Mein UniversalLife](#) einsehen.

In der Gestaltung der Einzahlungen sind Sie - in gewissen Grenzen – völlig frei. So sind einmalige Zahlungen genauso möglich, wie Einzahlungen in einem regelmäßigen Takt, wie

- monatlich
- jährlich
- alle zwei Monate
- alle drei Monate
- ...

Beiträge und Einzahlungen sind als Synonym zu verstehen.

Berechtigter Dritter

Bei dem berechtigten Dritten handelt es sich um einen Rechtsbegriff. Er umschreibt Personen, die die Erlaubnis haben, im Namen einer anderen Person zu handeln oder ein Recht selbstständig wahrzunehmen. Diese Erlaubnis kann von der zu vertretenden Person selbst oder zum Beispiel von einem Gericht erteilt werden. Die Erlaubnis kann nur einen bestimmten Sachverhalt umfassen, oder vollumfänglich sein. Typische Berechtigungen sind zum Beispiel:

- Betreuungsverfügung
- Vorsorgebevollmächtigung
- Vormundschaft
- Bestimmung zum Insolvenzverwalter
- Bevollmächtigung, wie bei einem von der betreffenden Person beauftragten
 - Anwalt
 - Versicherungsmakler
- Bezugsberechtigung

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Anlagen, in die wir das Geld aus den Versicherungsverträgen investieren, über dem Wert liegt, der im Geschäftsbericht ausgewiesen ist.

Vereinfacht ausgedrückt: Der aktuelle Preis der Anlagen ist höher als der Kaufpreis.

Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir monatlich neu.

Bezugsrecht

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

Beispiel: Sie sind sowohl Versicherungsnehmer als auch Versicherte Person. Die Altersrente soll Ihr Einkommen im Alter sein. Wenn Sie versterben, soll Ihr Ehepartner abgesichert sein. Sie erteilen daher folgendes Bezugsrecht:

- Für die Altersrente: Ich selbst bin bezugsberechtigt.
- Für die Leistung bei Tod: Mein Ehepartner (Nachname, Vorname, Geburtsdatum) ist bezugsberechtigt.

Dabei gibt es zwei Arten von Bezugsrecht:

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

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

Bonusrente

Die Bonusrente ist eine Form, in der wir Sie an den Überschüssen beteiligen. Sie gilt für einige Risikoabsicherungen.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - kurz BaFin - vereinigt die Aufsicht über Banken und Finanzdienstleister, Versicherer und den Wertpapierhandel unter einem Dach. Sie ist eine selbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts und unterliegt der Rechts- und Fachaufsicht des Bundesministeriums der Finanzen. Sie finanziert sich aus Gebühren und Umlagen der beaufsichtigten Institute und Unternehmen.

Neben der Beaufsichtigung besteht eine weitere Aufgabe der BaFin darin, Kundenbeschwerden zu bearbeiten. Hier erfahren Sie mehr über die BaFin: www.bafin.de. Anschrift: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Differenzbesteuerung

Die Differenz zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der hierauf entrichteten Einzahlungen, sofern die Versicherungsleistung vor dem 62. Lebensjahr und/oder vor Ablauf von zwölf Jahren seit Versicherungsbeginn erfolgt, unterliegt der Abgeltungssteuer. Die Versicherungsleistung bei Tod ist hiervon nicht betroffen.

Bei steuerrelevanten Vertragsänderungen ist jeweils für diesen Teil gesondert die Differenzbesteuerung durchzuführen. Risikoversicherungsbeiträge mindern nicht den Ertrag.

Ist die Versicherungsleistung niedriger als die darauf entfallenden Einzahlungen, ergibt sich ein negativer Unterschiedsbetrag. Auch der negative Unterschiedsbetrag kann steuerlich geltend gemacht werden. Hierzu erstellen wir eine entsprechende Steuerbescheinigung. Bei Vertragsbeendigung werden die Erträge und Verluste aus den verschiedenen Vertragsteilen verrechnet.

Die Erträge unterliegen mit 25 % der Abgeltungssteuer zzgl. Solidaritäts- und ggf. Kirchensteuerzuschlag. Die Steuer ist von uns abzuführen. Ein Steuerabzug unterbleibt, falls ein Freistellungsauftrag in ausreichender Höhe für die Erträge erteilt oder eine Nichtveranlagungsbescheinigung vorgelegt wird.

Einlösungsbeitrag

So nennen wir Ihren ersten Beitrag, den Sie für eine Absicherung innerhalb Ihrer **IDEAL** UniversalLife zahlen. Haben Sie geplant, zum ersten Termin mehrere Beiträge zu zahlen, besteht Ihr Einlösungsbeitrag aus der Summe dieser Beiträge.

Beispiel: Sie wollen monatlich 50 € zahlen. Zusätzlich möchten Sie einen einmaligen Beitrag zu Beginn Ihrer Versicherung von 5.000 € zahlen. Ihr Einlösungsbeitrag beläuft sich dann auf 5.050 €.

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

Einzahlungen

Beiträge und Einzahlungen sind als Synonym zu verstehen.

Ergänzende Bedingungen

Für jede zusätzliche Risikoabsicherung gibt es Ergänzende Bedingungen. Sie enthalten einige spezielle Regeln, die die Regeln der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ergänzen oder ersetzen.

Flex-Option

Die Flex-Option verbindet eine Entnahme aus Ihrer Rentenabsicherung mit einer Einzahlung für Ihre zusätzliche Risikoabsicherung. Der besondere Vorteil ist, dass wir keine erneuten Kosten von der Einzahlung abziehen, wenn sie aus der Flex-Option stammt. So können Sie die Flex-Option

- als Einzahlung für eine neue Risikoabsicherung verwenden,
- als Überbrückungsmöglichkeit von Zahlungsschwierigkeiten im Rahmen einer Beitragspause oder
- als Einzahlung für eine bestehende Risikoabsicherung, um die hierfür künftig geplanten Beiträge abzulösen.

Folgebeitrag

Folgebeitrag wird jeder Beitrag genannt, der in Ihrem Beitragsplan steht und nicht Ihr Einlösungsbeitrag ist. Sie müssen diese Folgebeiträge spätestens zu den mit Ihnen vereinbarten, im Beitragsplan genannten Terminen zahlen.

Garantiezins

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

Gebühren, Gebührenübersicht

Für spezielle Anlässe erheben wir Gebühren, die noch nicht in Ihre **IDEAL** UniversalLife einkalkuliert sind. Dabei handelt es sich um Anlässe, die von der standardisierten Bearbeitung abweichen. So gibt es Informationen, die wir Ihnen automatisch gebührenfrei per E-Mail zur Verfügung stellen. Wünschen Sie eine Zusendung auf dem Postwege, erheben wir hierfür gegebenenfalls Gebühren. Das machen wir natürlich nur in den Fällen, in denen Ihnen eine postalische Zusendung nicht von Gesetzes wegen gebührenfrei zusteht.

Darüber hinaus erheben wir zum Beispiel für Mahnungen Gebühren.

In Ihren Vertragsunterlagen ist eine Übersicht über die Gebühren enthalten.

Gebühren im Zusammenhang mit Zahlungserinnerungen und Mahnungen ziehen wir bei vereinbarter Lastschrift mit Ihrem nächsten Beitrag automatisch ein. Über sonstige Gebühren erhalten Sie von uns eine gesonderte Rechnung mit der Bitte um Begleichung. Sollten Sie die Gebühren nicht begleichen, entnehmen wir diese Gebühren Ihrer Rentenversicherung.

Geburtstag

Das Alter, das wir für unsere Berechnungen verwenden, entspricht immer dem tatsächlichen Alter der Versicherten Person. Die **IDEAL** UniversalLife rechnet aber nicht in Tagen, sondern nur in Monaten. Daher verlegen wir alle Geburtstage, die nicht auf den Ersten eines Monats fallen, auf den Ersten des Folgemonats.

Ist die Versicherte Person also am 03.12.1980 geboren, ist ihr 80. Geburtstag für uns am 01.01.2061.

Ist die Versicherte Person aber an einem Monatsersten geboren, zum Beispiel am 01.12.1980, hat sie auch bei uns am 01.12.2060 ihren 80. Geburtstag.

Überall, wo wir vom Geburtstag oder dem Alter der Versicherten Person sprechen, haben wir so gerechnet.

Diese Erläuterung entspricht § 8 Wie alt ist die Versicherte Person?; (A) Rentenversicherung; (1) Welcher Tag ist der Geburtstag?

Gesamtverzinsung

Die Gesamtverzinsung setzt sich zusammen aus dem Garantiezins und der Überschussbeteiligung.

Gestundet, Stundung, gestundeter Beitrag

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

Grundlagen

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

- Ausscheideordnungen
- Garantiezins
- Überschüsse
- Kosten

Grundlagen und Rechnungsgrundlagen sind als Synonym zu verstehen.

Hälftebesteuerung

Die Hälfte der Erträge bleibt steuerfrei, wenn die Versicherungsleistung nach dem 62. Geburtstag des Steuerpflichtigen und nach zwölf Jahren seit Versicherungsbeginn bzw. seit steuerlich relevanter Vertragsänderung ausgezahlt wird. Dies gilt bei einem entsprechend steuergemäßigten und vereinbarten Beitragsplan.

Auch die zur Hälfte steuerpflichtigen Erträge unterliegen vorab einem Kapitalertragssteuerabzug in Höhe von 25 % des vollen Differenzbetrags (zuzüglich Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer). Die von uns abgeführte Abgeltungssteuer nebst Solidaritätszuschlag auf die gesamte Differenz wird im Rahmen der individuellen Einkommensteuer in voller Höhe angerechnet und ist in diesem Falle nicht als abgeltend anzusehen. Im Rahmen der persönlichen Veranlagung bleibt es bei der Hälfte der Differenz und es gilt der allgemeine Einkommensteuertarif. Wir weisen die Erträge für die "Hälftebesteuerung" in der Steuerbescheinigung aus.

Juristische Person

Bei der Juristischen Person handelt es sich um einen Rechtsbegriff, der umschreibt, welche Handlungen bestimmte Personen ausüben dürfen. Die Juristische Person ist in Abgrenzung zur Natürlichen Person zu sehen. Beide können Rechtsgeschäfte eingehen, also zum Beispiel Versicherungsverträge abschließen. Die Natürliche Person ist ein Mensch. Die Juristische Person wird zwar durch Menschen vertreten, ist aber eine

Organisation. Beispiele für eine Juristische Person sind Vereine, Genossenschaften, Kommanditgesellschaften, Aktiengesellschaften oder Stiftungen.

kaufmännisch, kaufmännische Rundung

Wir runden Geldbeträge auf zwei Nachkommastellen. Ist die dritte Stelle hinter dem Komma kleiner fünf, runden wir ab. Ist die dritte Nachkommastelle größer vier, runden wir auf.

Konto

Jede Ihrer Absicherungen besteht aus Konten. In diesen Konten werden Ihre Geldwerte verwaltet.

- Ihre Rentenversicherung hat folgende Konten:
 - Rentenkonto
Hier werden Einzahlungen für die Rente und Garantiezinsen gutgeschrieben. Kosten und Gebühren werden entnommen.
 - Überschusskonto zum Rentenkonto
Hier werden die Überschüsse gutgeschrieben.
- Ihre eventuell vereinbarten Risikoabsicherungen haben folgende Konten:
 - Risikokonto
Hier werden Einzahlungen für die Risikoabsicherungen und Garantiezinsen gutgeschrieben. Kosten, Gebühren und Risikobeiträge werden entnommen.
 - Überschusskonto zum Risikokonto
Hier werden die Überschüsse gutgeschrieben.

Jede Risikoabsicherung hat ein eigenes Risikokonto und mindestens ein dazugehöriges Überschusskonto.

Kontoauszug

Den Kontoauszug zu Ihrer **IDEAL** UniversalLife senden wir Ihnen einmal im Jahr mit Stand 31.12. des Vorjahres zu. Sie können dem Kontoauszug zum Beispiel entnehmen,

- wie sich der Wert Ihrer Versicherung im vergangenen Jahr entwickelt hat,
- welche Einzahlungen Sie für das vergangene Jahr geplant hatten,
- welche Einzahlungen Sie im vergangenen Jahr tatsächlich geleistet haben,
- welche Überschüsse Sie bekommen haben und
- welche Kosten wir erhoben haben.

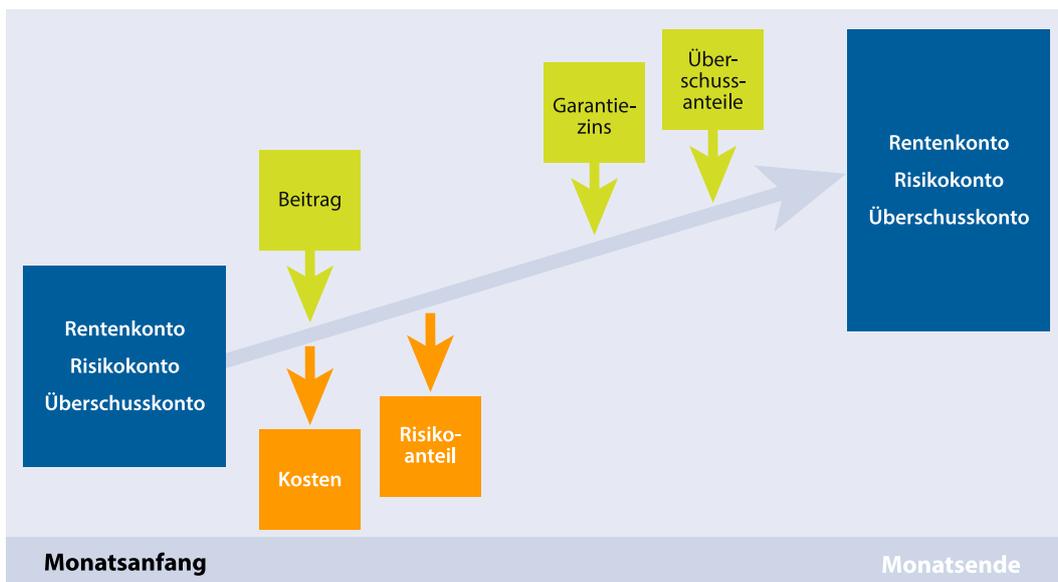
Darüber hinaus enthält der Kontoauszug weitere vertragsrelevante Daten und aktuelle Hinweise.

Kontofortschreibung

Als Kontofortschreibung bezeichnen wir die Entwicklung Ihrer **IDEAL** UniversalLife und der darin geführten Konten von einem Monat zum nächsten.

Dabei werden jeden Monat nach einem bestimmten System Beiträge und Überschüsse gutgeschrieben sowie Kosten abgezogen.

Hierbei stellen wir Ihnen in Ihrem jährlichen Kontoauszug oder in [Mein UniversalLife](#) die Fortschreibung in Zahlen dar.



Kontostand

Der Kontostand sagt aus, wie viel Geld zu einem bestimmten Termin in einem Konto enthalten ist. Das bedeutet nicht, dass Sie sich diesen Betrag auch auszahlen lassen können. Hierüber gibt der bei Kündigung vereinbarte Auszahlungsbetrag Auskunft. Ist ein bei Kündigung vereinbarter Auszahlungsbetrag nicht angegeben, kann eine Auszahlung auch nicht erfolgen.

Kosten

Ein Versicherer – und so auch die **IDEAL** – hat Ausgaben. Wir bezahlen zum Beispiel unsere Mitarbeiter oder unsere Vertriebspartner für ihre Arbeit. Darüber hinaus entstehen Ausgaben zum Beispiel für die Einhaltung rechtlicher und gesetzlicher Anforderungen oder für die Einrichtung und den Unterhalt von zeitgemäßen technischen Hilfen wie Bestandsführungssystemen oder PCs für die Mitarbeiter.

Diese Ausgaben geben wir in Form von Kosten an unsere Versicherungsnehmer weiter, indem wir sie in die Versicherungen einkalkulieren. Eine umfassende Erläuterung, wie wir dabei vorgehen, finden Sie in § 10 der Versicherungsbedingungen.

Die Höhe dieser Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt, Ihrem jährlichen Kontoauszug und Mein UniversalLife entnehmen.

Leistungsplan

Sie haben bei Vertragsabschluss einen Leistungsplan mit uns vereinbart. In diesem Leistungsplan sind alle garantierten Leistungen und deren Entwicklung während der Vertragslaufzeit dargestellt, wie zum Beispiel die

- Rente
- Kapitalabfindung
- Todesfalleistung
- ...

Für jede Absicherung existiert ein Leistungsplan. Die Leistungspläne sind Bestandteil Ihrer Vertragsunterlagen. Außerdem können Sie Ihren Leistungsplan in Mein UniversalLife einsehen.

Mein UniversalLife

Bei Mein UniversalLife handelt es sich um ein Onlineportal, für das Sie spätestens mit Abschluss Ihrer **IDEAL** UniversalLife einen persönlichen Zugang erhalten. Dort haben Sie unter anderem die Möglichkeit, den aktuellen Stand Ihrer **IDEAL** UniversalLife online einzusehen.

Sollten Sie Ihre Zugangsdaten einmal vergessen haben, können Sie dort auch neue anfordern.

Mitwirkungspflichten

siehe Obliegenheiten

Nachversicherungsgarantie

Risikoabsicherungen können Nachversicherungsgarantien enthalten. Sie beschreiben die Möglichkeit, wie Sie Ihren Versicherungsschutz während der Laufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen können. Diese Nachversicherungsgarantien sind in der Regel in § 15 der jeweiligen Ergänzenden Bedingungen geregelt.

Neugeschäft

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

Beispiel: Heute können Sie innerhalb Ihrer **IDEAL** UniversalLife den Pflegefallschutz Universal abschließen. Es kann sein, dass wir den Pflegefallschutz Universal in fünf Jahren nicht mehr anbieten, weil wir stattdessen eine andere Risikoabsicherung, vielleicht Pflegefallschutz Multiversal, entwickelt haben. Dann könnten Sie den Pflegefallschutz Universal nicht mehr in Ihre **IDEAL** UniversalLife einschließen, weil er für das Neugeschäft nicht mehr zur Verfügung steht. Stattdessen könnten Sie den Pflegefallschutz Multiversal einschließen, da dieser nun zur Verfügung steht. Ein bereits laufender Pflegefallschutz Universal kann natürlich weitergeführt werden, da er kein Neugeschäft, sondern Bestandsgeschäft ist.

Notlage

Es muss ein bestimmtes Ereignis vorliegen, das Sie daran hindert, Ihre Rentenversicherung fortzuführen. Dennoch sind Sie auf die zusätzlichen Risikoabsicherungen, die Sie in Ihrer **IDEAL** UniversalLife eingeschlossen haben, angewiesen. Wenn ein solches, für uns nachvollziehbares Ereignis vorliegt, können wir von dem Grundsatz abweichen, dass eine Fortführung der Risikoabsicherungen ohne Rentenversicherung nicht möglich ist. Die entsprechenden Ereignisse sind in § 11 der AVB geregelt.

Obliegenheiten

Bei der Obliegenheit handelt es sich um einen Rechtsbegriff. Hat jemand eine Obliegenheit zu erfüllen, muss er eine Pflicht wahrnehmen. Kommt er dieser nicht nach, kann er seine Rechte verlieren.

Solche Obliegenheiten gibt es auch bei Versicherungsverträgen, zum Beispiel in Form von Mitwirkungspflichten:

Beziehen Sie eine Rente, müssen Sie auf Anforderung nachweisen, dass die Versicherte Person noch lebt. Kommen Sie dieser Obliegenheit (Vertragspflicht) nicht nach, könnte der Verdacht naheliegen, dass die Versicherte Person nicht mehr lebt und eine weitere Rentenzahlung nicht gerechtfertigt ist. Eine Konsequenz daraus könnte sein, dass der Anspruch auf die Rentenzahlung verloren geht und die Rentenzahlung eingestellt wird.

Welche Obliegenheiten es bei Versicherungen gibt, ist gesetzlich bzw. vertraglich geregelt – genauso wie die Folgen bei Verletzung einer Obliegenheit. § 5 der jeweiligen Versicherungsbedingungen können Sie entnehmen, welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten, Mitteilungspflichten) Sie speziell bei Ihrer IDEAL UniversalLife beachten müssen.

Ombudsmann

Der Versicherungsombudsmann ist eine unabhängige und für den Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle zwischen Versicherungsunternehmen und Kunden:

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel. (0800) 3696000, Fax (0800) 3699000

Pflegebedürftigkeit, Pflegegrad

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Versicherte Person kann körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht mehr selbständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird in Pflegegraden ausgedrückt. Je größer der Pflegebedarf, desto höher der Pflegegrad. Sofern die Pflegebedürftigkeit für die jeweilige Absicherung relevant ist, haben wir in § 11 unserer dafür geltenden Versicherungsbedingungen beschrieben, wie die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt.

Grundsätzlich gibt es fünf Pflegegrade.

- **Pflegegrad 1**
Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- **Pflegegrad 2**
Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- **Pflegegrad 3**
Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- **Pflegegrad 4**
Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- **Pflegegrad 5**
Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Wenn Sie einen Pflegefallschutz abgeschlossen haben, haben Sie bei Abschluss auch festgelegt, wie hoch die Pflegeleistungen in dem jeweiligen Pflegegrad sein sollen. Dabei haben Sie eventuell nicht für jeden Pflegegrad Leistungen festgelegt. Aufschluss hierüber gibt Ihnen der Leistungsplan für Ihren Pflegefallschutz oder Ihr Versicherungsschein.

Plusrente

Die Plusrente ist eine Form, in der wir Sie an den Überschüssen beteiligen. Sie gilt für einige Risikoabsicherungen.

Plusleistung

Die Plusleistung ist eine Form, in der wir Sie an den Überschüssen beteiligen. Sie gilt für einige Risikoabsicherungen.

Punktzahl (im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit)

siehe SGB XI (Sozialgesetzbuch XI), Anlage 1

Rechnungsgrundlagen

Grundlagen und Rechnungsgrundlagen sind als Synonym zu verstehen.

Referenzkonto

Wir arbeiten an Wegen, die Betrugsgefahr auch bei solchen Mitteilungen zu verringern, die nicht in Schriftform abgegeben werden. Beispiel Auszahlungswunsch:

Sie können bei Vertragsabschluss mit uns ein Referenzkonto vereinbaren. Immer wenn Sie eine Auszahlung wünschen, erfolgt diese auf das Referenzkonto. Da auf diese Weise sichergestellt ist, dass niemand außer Ihnen das Geld erhalten kann, reicht es aus, wenn Sie uns Ihren Auszahlungswunsch per E-Mail mitteilen.

Natürlich können Sie das Referenzkonto jederzeit ändern – hierfür ist dann jedoch die Schriftform notwendig.

Rendite der Rentenversicherung (Beitragsrendite)

Eine Rendite drückt im Allgemeinen aus, wie das Verhältnis zwischen Einzahlung und Auszahlung ist, also wie sich das Geld vermehrt. Sie wird zumeist in Jahreswerten ausgedrückt.

In Ihrem Produktinformationsblatt weisen wir Sie darauf hin, welchen Einfluss die Kosten Ihrer **IDEAL** UniversalLife auf die Rendite haben: Die Rendite vor Kosten (die der Gesamtverzinsung entspricht) vermindert um die Kosten Ihrer **IDEAL** UniversalLife ergibt die Rendite nach Kosten.

Rentenfaktor

Die Altersrente ermittelt sich aus den zum Rentenbeginn aktuellen Kontoständen von Rentenkonto und Überschusskonto und aus den Rentenfaktoren. Die Rentenfaktoren sagen aus, wie viel Monatsrente Sie pro 10.000 € Kontostand erhalten.

Beispiel:

Der Rentenfaktor wird mit 20 festgelegt. Der Kontostand zu Rentenbeginn beträgt 50.000 €. Ihre monatliche Rente beträgt dann $20 / 10.000 \text{ €} \times 50.000 \text{ €} = 100 \text{ €}$. Bei der Berechnung runden wir kaufmännisch auf volle Cent.

Die Rentenfaktoren berücksichtigen alle in den Vertragsunterlagen dokumentierten Festlegungen, wie zum Beispiel geplante Rentenerhöhungen.

Es gibt zwei Arten von Rentenfaktoren: den garantierten Rentenfaktor und den aktuellen Rentenfaktor.

- Den garantierten Rentenfaktor sagen wir Ihnen bereits bei Abschluss der Rentenversicherung verbindlich zu. Er ermittelt sich auf Basis der in § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Grundlagen. Er gilt für den Kontostand des Rentenkontos.

Ausnahmen:

- Kontostände, die aus Einzahlungen resultieren, die über die Grenzen für den Höchstbeitrag (siehe § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) hinausgehen.
- Einzahlungen nach Rentenbeginn.

In diesen Fällen können wir zum Zeitpunkt Ihrer Zahlung abweichende garantierte Rentenfaktoren mit Ihnen vereinbaren.

- Den aktuellen Rentenfaktor ermitteln wir aus den Grundlagen, die wir zum Zeitpunkt des Rentenbeginns für das Neugeschäft verwenden. Dieser Rentenfaktor gilt für das Überschusskonto.

Rentenkonto

siehe Konto

Risikoabsicherung

Bei Ihrer **IDEAL** UniversalLife handelt es sich um eine Rentenversicherung. Sie haben jedoch die Möglichkeit, zusätzliche Risiken des täglichen Lebens abzusichern. Das machen Sie, indem Sie die entsprechende "Risikoabsicherung" abschließen. Folgende Risikoabsicherungen bieten wir zurzeit an:

Name	Art der Absicherung	Dauer
Pflegefallschutz Starter	Pflegerente	begrenzte Versicherungsdauer mit lebenslanger Rentenzahlung
Pflegefallschutz Universal	Pflegerente	lebenslang
Todesfallschutz Starter	Versicherungssumme bei Tod	begrenzte Versicherungsdauer
Todesfallschutz Universal	Versicherungssumme bei Tod	begrenzte Versicherungsdauer
Todesfallschutz Nachlass	Versicherungssumme bei Tod	lebenslang
Vertragsschutz	Beitragsabsicherung bei Berufsunfähigkeit	begrenzte Versicherungsdauer mit begrenzter Rentenzahlung

Diese Liste kann sich während der Vertragslaufzeit ändern. Neu entwickelte Risikoabsicherungen können hinzukommen. Risikoabsicherungen, die wir nicht mehr anbieten, entfallen. Sprechen Sie uns an, wenn Sie eine bestimmte Risikoabsicherung einschließen wollen – wir nennen Ihnen gerne die aktuellen Möglichkeiten und beraten Sie.

Nähere Erläuterungen zu den einzelnen Absicherungen erhalten Sie in [Mein UniversalLife](#).

Risikobeitrag

Man könnte meinen, der Risikobeitrag ist der Beitrag, den Sie für eine Risikoabsicherung zahlen. Das stimmt aber nicht ganz. Denn der Beitrag, den Sie für eine Risikoabsicherung zahlen, beinhaltet auch noch die Kosten, die uns durch die jeweilige Absicherung entstehen.

Außerdem ist der Risikobeitrag zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich hoch. Das liegt im Wesentlichen an zwei Einflüssen:

Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein Risiko eintritt, hängt vom Alter der Versicherten Person ab. Beispiel: bei einem 29-Jährigen ist das Risiko, pflegebedürftig zu werden, geringer als bei einem 85-Jährigen.

Bei Rentenleistungen kommt hinzu, dass sich der Beitrag danach richtet, wie lange eine Rente voraussichtlich zu zahlen ist. Auch hier gilt: Wird ein 29-Jähriger Pflegefall, ist die statistische Dauer der Pflegebedürftigkeit, und somit der Rentenzahlung, eine andere als bei einem 85-Jährigen.

Um einen gleichbleibenden Beitrag ermöglichen zu können, ist im Beitrag ein Durchschnittswert berücksichtigt. Ihr Beitrag wird Ihrem Risikokonto gutgeschrieben, Kosten und Risikobeitrag werden abgezogen. Ist der tatsächliche Risikobeitrag kleiner als der Durchschnittswert, steigt der Kontostand in Ihrem Risikokonto. Ist der tatsächliche Risikobeitrag größer, sinkt der Kontostand in Ihrem Risikokonto.

Den Risikobeitrag und die Entwicklung Ihres Risikokontos können Sie Ihrem jährlichen Kontoauszug oder Mein UniversalLife entnehmen.

Risikokonto

siehe Konto

Risikoprüfung

Es gibt zwei Arten von Risikoprüfungen: die finanzielle Risikoprüfung und die Gesundheitsprüfung.

Eine gute finanzielle Ausstattung unserer Kunden lässt auf verwaltungsärmere Prozesse hoffen, da zum Beispiel weniger oft die Zahlung der Beiträge angemahnt werden muss. Außerdem bestimmen die finanziellen Verhältnisse in der Regel die Höhe der gewählten Absicherungen.

Eine Gesundheitsprüfung nehmen wir bei bestimmten Risikoabsicherungen vor. Wie wir beschrieben haben, berechnen wir unsere Leistungen unter anderem auf Grundlage von Statistiken. Diese Statistiken geben zum Beispiel Auskunft darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit Personen eines bestimmten Alters krank werden. Ist die Versicherte Person jedoch derart erkrankt, dass eine Pflegebedürftigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit kurz bevorsteht, geht die Kalkulation des Versicherers nicht mehr auf. Daher müssen wir mithilfe einer Gesundheitsprüfung sicherstellen, dass der Versicherungsfall des Einzelnen ungewiss ist. Nur so funktioniert das Versicherungsprinzip. Der Versicherer sagt allen Versicherten eine Leistung für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu. Ein Teil der Versicherten wird dann tatsächlich pflegebedürftig, ein anderer Teil nicht. Wird ein Versicherter niemals Pflegefall, finanzieren seine Beiträge die Pflegerenten der anderen Versicherten mit.

Bei der Gesundheitsprüfung sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Im Rahmen der Antragstellung/Vertragsänderung müssen Sie dazu Gesundheitsfragen beantworten. Dabei müssen Sie die Vorvertragliche Anzeigepflicht beachten.

Selbstständig (im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit)

- Die Person kann die Aktivität in der Regel selbstständig durchführen.
- Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich.
- Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt.
- Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

Demgegenüber steht Unselbstständig:

- Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen.
- Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden.
- Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus.
- Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

SEPA-Lastschrift

Das SEPA-Mandat hat 2014 die bisher bekannte Lastschrift abgelöst. SEPA wurde eingeführt, um einen europäischen Standard zu schaffen und somit Überweisungen ins Ausland zu vereinfachen.

Bei einer SEPA-Lastschrift geben Sie den Betrag, den Empfänger, Ihre Versicherungsnummer als Verwendungszweck und Ihre IBAN an. Ihre IBAN enthält die früher getrennten Informationen Ihrer Kontonummer und Ihrer Bankleitzahl. Die BIC müssen Sie nicht angeben, sie ist nur für Überweisungen ins Ausland notwendig.

Ungültig werden kann ein SEPA-Mandat zum Beispiel in folgenden Fällen:

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

In diesen Fällen ist ein neues SEPA-Mandat ratsam.

SGB XI (Sozialgesetzbuch XI)

Im SGB XI sind die Kriterien geregelt, nach denen die Bewertung einer Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgen. Dabei ist der Stand vom 01.01.2017 maßgebend. Gesetzesänderungen nach diesem Termin führen zu keiner Änderung der Leistungsvoraussetzungen in der Pflegeerente aus der Pflegefallabsicherung.

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

§ 14 SGB

Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

1. **Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen
2. **kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen
4. **Selbstversorgung:** Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Besonderheiten bei Sondenernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen
5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:**
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

§ 15 SGB

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

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

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

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

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3

2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

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

Die Fähigkeit ist

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

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ziffer	Kriterien	nie oder selten	selten	häufig	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5

3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

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

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

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich Selbstversorgung

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

4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3
------	---	---	---	---	---

Das Modul umfasst zwölf Kriterien:

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

selbstständig	0 Punkte
überwiegend selbstständig	1 Punkt
überwiegend unselbstständig	3 Punkte
unselbstständig	5 Punkte

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

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

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

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

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

Besonderheiten bei Kindern

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

4.K

20 Punkte

Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen

Besonderheiten bei Sondenernährung

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

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

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

Besonderheiten bei parenteraler Ernährung

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

teilweise:	5 Punkte
vollständig:	12 Punkte

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

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

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl): täglich	wöchentlich	monatlich
	in Bezug auf				
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			

5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.1 bis 5.7					
		entfällt oder seltener als einmal täglich	ein- bis dreimal täglich	vier- bis achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
	Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl): täglich	wöchentlich	monatlich
	in Bezug auf				
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			

5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmitteln	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.8 bis 5.11					
		entfällt oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
	Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

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

5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0		8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0		4,3	1

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

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

Erläuterungen zur Modulbewertung im Modul 5

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

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

für die Kriterien 5.1 bis 5.7:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:

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

für die Kriterien 5.8 bis 5.11:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:

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

für die Kriterien 5.12 bis 5.15 und 5.K:

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

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

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

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

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3

6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

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

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

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

Module	Gewichtung	0 keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Punkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 23	Summe der Punkte im Modul 2

3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 %	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Punkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40 %	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 60	Summe der Punkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20 %	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Punkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Summe der Punkte im Modul 5

6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakt	15 %	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Punkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,256	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					

Steuerfrei

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

Steuerinformationsblatt

Im Steuerinformationsblatt finden Sie Hinweise darauf, wie Ihre **IDEAL** UniversalLife und deren Leistungen steuerlich behandelt werden.

Steuerrelevante Vertragsänderungen (zum Beispiel Beitragsplanänderungen, Zuzahlungen zur Erhöhung der Rente)

Steuerlich relevante Vertragsänderungen können zu einem Neubeginn der zwölfjährigen Mindestlaufzeit führen. Nach bisheriger Verwaltungspraxis lagen steuerschädliche Änderungen nicht vor, wenn die Vertragsanpassungen bereits bei Vertragsabschluss vereinbart worden sind. In Fällen, in denen dem Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss lediglich eine Option zu einer Änderung des Vertrags eingeräumt wird, kann bei Ausübung des Optionsrechts eine steuerlich relevante Vertragsänderung vorliegen. Führen die flexiblen Einzahlungen zu einem Gestaltungsmissbrauch, kann die "Hälftebesteuerung" versagt werden.

Treuebonus

Der Treuebonus ist eine Form, in der wir Sie an den Überschüssen beteiligen. Die Gutschrift erfolgt nach Ablauf von gewissen Zeitspannen und soll diejenigen belohnen, die ihre Verträge langfristig fortführen.

Treuhänder

Der Treuhänder ist ein Sachverständiger, der sich in der Kalkulation von Versicherungen auskennt. Er prüft und genehmigt nicht zu vermeidende Beitragsanpassungen. Durch seine Unabhängigkeit wird sichergestellt,

dass er ein Urteil im Sinne der Versichertengemeinschaft fällt. Diese Unabhängigkeit wird in § 203 VVG bzw. § 142 VAG geregelt. Dort heißt es sinngemäß, dass der Treuhänder außer dieser Tätigkeit in keinerlei Beziehung zu dem Versicherer stehen darf. Selbst der Anschein, dass eine Beziehung bestehen könnte, ist zu vermeiden.

Die Bestellung zum Treuhänder wird von der BaFin geprüft.

Überschüsse

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

- **Verzinsung:** Wir legen das Geld unserer Versicherungsnehmer, das wir in den Versicherungsverträgen verwalten, an. Die Erträge hieraus schreiben wir unseren Versicherungsnehmern gemäß gesetzlicher Vorschrift zu mindestens 90 % gut.
- **Kalkulation Ihrer Leistungen:** Wir beschreiben, dass wir gewisse Annahmen treffen müssen, ob und wie lange wir die versicherten Leistungen zahlen müssen (siehe § 8). Stellt sich heraus, dass wir weniger Leistungen auszahlen müssen als angenommen, bleibt Geld übrig. Dieses Geld schreiben wir unseren Versicherungsnehmern gemäß gesetzlicher Vorschrift zu mindestens 90 % als Ertrag gut.
- **Kalkulation der Kosten:** Stellt sich heraus, dass wir weniger Kosten benötigen als angenommen, bleibt Geld übrig. Dieses Geld schreiben wir unseren Versicherungsnehmern gemäß gesetzlicher Vorschrift zu mindestens 50 % als Ertrag gut.

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

Die über den Garantiezins (siehe § 8 Absatz 3) hinausgehenden Überschüsse werden jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist der für die Beaufsichtigung von Versicherern zuständigen Behörde, der BaFin, einzureichen.

Eine umfassende Erläuterung, wie wir dabei vorgehen, finden Sie in § 2 der Versicherungsbedingungen. Die Höhe dieser Überschüsse können Sie Ihrem Kontoauszug und [Mein UniversalLife](#) entnehmen.

Übersicht zur Ermittlung der einzelnen Punktzahlen

siehe SGB XI (Sozialgesetzbuch XI), Anlage 1

VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz)

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

Verantwortlicher Aktuar

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

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

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

Versicherungsfall

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

Beispiele:

- Wir haben vereinbart, dass Sie ab dem 67. Geburtstag der Versicherten Person eine Rente von 1.000 € erhalten. Sobald die Versicherte Person dieses Alter erreicht (bitte beachten Sie dabei die Regeln zum Geburtstag), ist der Versicherungsfall eingetreten. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir Ihnen monatlich 1.000 € Rente, solange die Versicherte Person lebt.
- Wir haben vereinbart, dass Sie eine Rente von 500 € erhalten, wenn die Versicherte Person pflegebedürftig in dem Pflegegrad 4 oder 5 wird. Die Versicherte Person wird in den Pflegegrad 1 eingestuft. Sie erhalten von uns keine Rente, da der Versicherungsfall nicht eingetreten ist. Später wird die Versicherte Person in den Pflegegrad 4 eingestuft. Der Versicherungsfall ist eingetreten. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir Ihnen monatlich 500 € Rente, solange die Versicherte Person lebt und pflegebedürftig in Pflegegrad 4 oder 5 ist.

Versicherungsjahr

Das erste Jahr der Vertragslaufzeit fängt mit dem Tag an, den Sie als Versicherungsbeginn für Ihre jeweilige Absicherung festgelegt haben. Es endet mit Beginn des Jahrestags, und das nächste Versicherungsjahr beginnt. Das Jahr der Vertragslaufzeit ist also nicht mit dem Kalenderjahr identisch.

Beispiel:

Beginn Ihrer Rentenversicherung ist der 01.05.2017.

Das erste Versicherungsjahr beginnt am 01.05.2017 um 0:00 Uhr und endet am 30.04.2018 um 24:00 Uhr.

Das zweite Versicherungsjahr beginnt am 01.05.2018 um 0:00 Uhr und endet am 30.04.2019 um 24:00 Uhr.

Die weiteren Versicherungsjahre schließen sich entsprechend an.

Vertragsänderungen

Ihre IDEAL UniversalLife soll Sie Ihr Leben lang begleiten. Während Ihres Lebens werden jedoch – geplant oder ungeplant – immer wieder Ereignisse eintreten, die Ihren Absicherungsbedarf ändern oder sogar völlig neuen Absicherungsbedarf schaffen. Viele dieser Ereignisse sind weder für Sie noch für uns absehbar. Wir prüfen gerne jedes Ihrer Anliegen individuell und beraten Sie. Einige Beispiele hierfür können sein:

Sie bekommen ein Kind

Mit der Geburt eines Kindes geht große Verantwortung einher, nicht nur persönlich, sondern auch finanziell. Sollte Ihnen etwas zustoßen, wollen Sie Ihr Kind versorgt wissen. Gleichzeitig möchten Sie Ihrem Kind nicht zur Last fallen. Daher kann es sinnvoll sein, Ihre Risikoabsicherung zum Zeitpunkt der Geburt zu überdenken.

Die UniversalLife-Rente bietet Ihnen verschiedene Möglichkeiten, Absicherungen für Ihren Todesfall oder Ihre Pflegebedürftigkeit zu treffen. Sie können zum Beispiel bestehende Absicherungen erhöhen, oder noch nicht vorhandene Absicherungen einschließen.

Sie haben Ihr Haus abbezahlt

Sie konnten den Kredit für Ihr Haus früher als geplant tilgen. Sie haben eine Risikoabsicherung Todesfall-schutz Universal mitversichert, die die Ablösung des Kredites sicherstellen sollte. Diese Absicherung ist nun überflüssig oder zu hoch angesetzt, daher möchten Sie sie gerne anpassen. Sie können zum Beispiel bestehende Absicherungen verringern oder kündigen. Die frei werdenden Beiträge könnten Sie wiederum in Ihre Rentenversicherung einfließen lassen.

Sie werden befördert.

Einhergehend mit der Beförderung erhalten Sie mehr Gehalt, vielleicht auch Sonderzahlungen. Sie können sich daher Dinge leisten, die vorher nicht möglich waren. Mit der Verbesserung Ihres Lebensstandards wachsen aber auch die Anforderungen an die Altersabsicherung. Zum einen wollen Sie sich den erhöhten Lebensstandard auch im Alter noch leisten können, zum anderen haben Sie nun den finanziellen Spielraum, die vorher vielleicht knapp bemessene Absicherung anzupassen. Sie können zum Beispiel Ihre Beiträge erhöhen oder zusätzliche einmalige Einzahlungen leisten.

Ihr Auto gibt den Geist auf.

Um zur Arbeit zu kommen, sind Sie jedoch auf ein zuverlässiges Auto angewiesen. Das Geld für die Reparatur oder eine Neuanschaffung haben Sie allerdings gerade nicht auf dem Konto. Sie haben aber schon einiges in Ihre **IDEAL** UniversalLife eingezahlt. Daher prüfen wir gerne die Möglichkeiten einer Entnahme.

Sie denken darüber nach, in den Ruhestand zu gehen.

Das kann früher möglich sein, als Sie denken. Die **IDEAL** UniversalLife-Rentenversicherung ist generell auf einen spätesten Rentenbeginn zum 80. Geburtstag der Versicherten Person angelegt. Allerdings ist eine Altersrentenzahlung bereits ab dem 50. Geburtstag der Versicherten Person möglich oder ab jedem Zeitpunkt dazwischen. Gerne planen wir mit Ihnen Ihren individuellen Rentenbeginn.

Diese und viele weitere Ereignisse sind denkbar. Und ebenso vielfältig sind die Lösungen, die Ihnen Ihre **IDEAL** UniversalLife hierfür anbietet. Und auch wenn es in den Versicherungsbedingungen nicht beschrieben ist, prüfen wir gerne jedes Ihrer Anliegen individuell und beraten Sie. Oder noch bequemer: Sie spielen alles in [Mein UniversalLife](#) selbst durch und informieren sich dort über Ihre Möglichkeiten und über die Auswirkungen einer jeden Änderung.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle bekannten Umstände anzuzeigen, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben. Eine Verletzung dieser Pflicht kann zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen. Die Vorvertragliche Anzeigepflicht ist in § 19 Absatz 1 VVG sowie in den Ergänzenden Bedingungen zu den Risikoabsicherungen geregelt.

Beispiel: Wenn Sie eine **IDEAL** UniversalLife mit Vertragsschutz beantragen sind Herz- und Kreislaufbeschwerden, Depressionen oder Bandscheibenvorfälle anzeigepflichtig.

VVG (VersicherungsvertragsGesetz)

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

Wechsel-Option

Haben Sie als zusätzliche Risikoabsicherung einen Pflegefallschutz vereinbart und ändert sich die Definition der Pflegebedürftigkeit für die Pflegepflichtversicherung gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI, haben Sie die Möglichkeit, Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung auf einen Wechsel-Tarif umzustellen, der diese geänderte Gesetzeslage berücksichtigt.

Die Voraussetzungen und Auswirkungen der Wechsel-Option sind in § 11 der Ergänzenden Bedingungen für den Pflegefallschutz beschrieben.

Wirtschaftliche Berechtigung

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

Beispiele: Ein Sohn geht als Versicherungsnehmer die Absicht ein, die Leistungen/Produkte nicht im eigenen Interesse, sondern tatsächlich für die Interessen eines Dritten, seines Vaters, der Beitragszahler ist, zu nutzen. Das erfordert, die Identität eines solchen Dritten festzustellen und risikoangemessen zu überprüfen.

Im Kapitalisierungsfall der Versicherung soll die Auszahlung nicht an den Versicherungsnehmer, sondern an einen Dritten gehen. Um Strohmanngeschäften entgegenzuwirken und denjenigen sichtbar zu machen, in dessen wirtschaftlichem oder rechtlichem Interesse die Transaktion erfolgt, muss hier die Wirtschaftliche Berechtigung festgestellt werden.

Zu viel gezahlte Beiträge

Alle Beiträge, die Sie einzahlen, werden Ihrem Vertrag gutgeschrieben. Wenn solche Beiträge dabei keiner Ihrer Risikoabsicherungen zugeordnet werden können, schreiben wir sie nach Möglichkeit Ihrer Rentenversicherung gut.

Dennoch gibt es Fälle, in denen wir Ihre Beiträge gar nicht zuordnen können. Diese zu viel gezahlten Beiträge zahlen wir Ihnen zurück. Beispiele für solche Fälle sind:

- Bei nachträglicher Anerkennung einer Leistung. Sie beantragen die Leistung der Pflegerente und wir erkennen sie für einen Termin in der Vergangenheit an. Für den vergangenen Zeitraum haben Sie Beiträge gezahlt, die wir Ihnen zurückzahlen.
- Nach Rentenbeginn Ihrer Rentenversicherung: Wenn Sie bereits eine Rente aus Ihrer Altersrente erhalten, können wir Beiträge, die über die geplanten Beiträge hinausgehen, gegebenenfalls nicht mehr automatisch Ihrer Rentenversicherung gutschreiben. In diesem Fall zahlen wir Ihnen die zu viel gezahlten Beiträge zurück.

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