

Versicherungsnehmer

Herr Frau

Name, Vorname Derzeitige berufliche Tätigkeit

Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk Telefon*

PLZ, Ort E-Mail*

Versicherte Person

gleichzeitig Versicherungsnehmer Herr Frau IPOS-Partnerantragsnummer:

Name, Vorname Derzeitige berufliche Tätigkeit

Geburtsdatum Geburtsort Geburtsland Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer, Zustellvermerk Telefon*

PLZ, Ort E-Mail*

In welcher Beziehung steht die Versicherte Person zum Versicherungsnehmer?

* freiwillige Angaben

Beantragte Versicherung

Bitte wählen Sie Ihre garantierte monatliche Pflegerente aus:

Leistungen im Pflegefall	<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> Klassik	<input type="checkbox"/> Exklusiv
Pflegegrade 4 und 5	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Pflegegrad 3	-	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Pflegegrad 2	-	-	<input type="text"/> €

Optionen

Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Todesfallleistung ¹⁾	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Sofortleistung ²⁾	<input type="text"/> Monate	<input type="text"/> Monate	<input type="text"/> Monate
Karenzzeit (in Monaten)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12
Pflegeregentengarantiezeit (in Monaten) ³⁾	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12
garantierte Rentendynamik ⁴⁾	<input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5%

¹⁾ Die Todesfallleistung ist eine Beitragsrückgewähr, deren Höhe Sie in Prozent (1–100 %) der gezahlten Beiträge wählen können. Die Höhe ist begrenzt auf die Beiträge, die bis zum Jahrestag der Versicherung gezahlt wurden, in dem die Versicherte Person den 85. Geburtstag vollendet. ²⁾ Die Höhe der Sofortleistung beträgt eine bis zwölf garantierte Pflegerenten des Pflegegrades 4 und 5. ³⁾ 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 Todesfallleistungen ausgezahlt. Bereits gezahlte Pflegerenten werden dabei abgezogen. ⁴⁾ Die garantierte Pflegerente, die im Leistungsbezug gezahlt wird, erhöht sich jährlich um den gewählten Prozentsatz.

Bezugsberechtigung im Pflegefall

Widerrufliches Bezugsrecht für die Versicherte Person

Bezugsrecht im Todesfall (sofern Todesfallleistung vereinbart)

Name, Vorname Geburtsdatum/Ort

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Versicherungsbeginn und Beitragszahlung

Versicherungsbeginn Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr) Versicherungsdauer Beitragszahlungsdauer (mind. 5 Jahre, max. bis Alter 85)

Jahre lebenslang lebenslang abweichend Jahre

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Pflegerente mit einem Einmalbeitrag, mit laufenden Beiträgen oder mit einer Kombination aus beidem zu bezahlen.

zu zahlender Beitrag € monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

und/oder € einmalig

Dynamische Erhöhung der Pflegerente und des Beitrags (bei laufender und bei einmaliger Beitragszahlung)

Die versicherte Pflegerente und der Beitrag erhöhen sich alle drei Jahre, dabei steigt die versicherte Pflegerente um 10 % der Anfangspflegerente ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Abweichend wünsche ich eine jährliche Erhöhung um 1 % 2 % 3 % 4 % 5 % der Anfangspflegerente.

keine Dynamik gewünscht

Fragen zur Versicherten Person

Bitte beantworten Sie die Fragen und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an. Für die vollständige und richtige Beantwortung sind der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person verantwortlich. Unrichtige und unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich uns gegenüber schriftlich nachzuholen. Bitte nehmen Sie dann einen kurzen Hinweis auf.

Wir machen den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig. Unter einem „prädiktiven Gentest“ versteht man die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf bestimmte Krankheitsveranlagungen. Liegen bereits Befunde aus prädiktiven Gentests vor, müssen sie erst ab einer Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro bzw. Jahresrente von mehr als 30.000 Euro (Summe aus allen bestehenden und beantragten Versicherungen aller Art bei der IDEAL Lebensversicherung a.G. und anderen Lebensversicherern) offen gelegt werden.

Lesen Sie bitte vor Beantwortung der Fragen die beiliegende „Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung“.

Allgemeine Fragen

1. Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist.

Bitte erteilen Sie uns – abweichend der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung – **ausschließlich für die Risikobeurteilung (Antragsprüfung) nachfolgend Ihre Einwilligung zur Datenerhebung bei von Ihnen benannten Ärzten.**

2. Ich verzichte darauf, über eventuelle Rückfragen bei den von mir angegebenen Ärzten informiert zu werden sowie auf mein Widerspruchsrecht zur Datenerhebung und entbinde die Betroffenen von ihrer Schweigepflicht. Des Weiteren sehe ich von der Eigenbeschaffung der erforderlichen Unterlagen ab und erkläre mich damit einverstanden, dass – sofern erforderlich – direkt Kontakt aufgenommen wird. Dies ermöglicht eine schnellere Bearbeitung. ja nein

3. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr derzeitiges Gewicht an: cm kg

Gesundheitsfragen

1. Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen durch angeborene Behinderungen oder Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen oder wurde eine HIV-Infektion festgestellt? ja nein

2. Besteht ein Grad der Behinderung/Schädigungsfolgen oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder ist ein GdB/GdS/MdE beantragt? ja, Höhe nein

3. Werden Sie zurzeit oder wurden Sie innerhalb der **letzten fünf Jahre** aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder in Krankenhäusern (auch ambulant) untersucht oder behandelt?

Bitte beachten Sie, dass die Beispiele nicht abschließend sind. Die Beispiele sollen Ihnen die Antwort erleichtern.

Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:

- a) **des Herzens oder der Kreislauforgane?** (z. B. Bluthochdruck, Koronare Herzerkrankung, Durchblutungsstörung, Krampf- adern, Herzfehler, Herzinfarkt, durchgeführte Bypass-Operation oder Stent-Implantation, Herzrhythmusstörungen, Herz- muskelerkrankung, Herzklappenerkrankung, Schlaganfall, Hirnblutung, Thrombose, Lungenembolie) ja nein
- b) **der Atmungsorgane?** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenemphysem, Schlafapnoe) ja nein
- c) **der Haut?** (z. B. Neurodermitis, Lupus erythematodes, Allergie, Ekzem, Psoriasis) ja nein
- d) **der Verdauungsorgane?** (z. B. Magen- oder Darmgeschwür, chronische Entzündungen der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Bauchspeicheldrüse oder der Leber, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Gallensteine) ja nein
- e) **der Nieren, der Harnwege, der Prostata oder der Genitalorgane?** (z. B. chronische Nierenerkrankung, Nierenstein, Nierenversagen, Dialysebehandlung, Nierenentzündung, Zystenniere, Prostataentzündung, Harninkontinenz) ja nein
- f) **des Gehirns oder des Nervensystems?** (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Demenz, Lähmung, Restless-Leg-Syndrom, Neuropathie, chronischer Kopfschmerz) ja nein
- g) **des Gemüts oder der Psyche?** (z. B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Neurose, Psychose, Schizophrenie, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Alkoholismus, Drogenkonsum, Abhängigkeitserkrankung, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand) ja nein
- h) **des Stoffwechsels oder des Blutes?** (z. B. Schilddrüsenerkrankung, Zuckerkrankheit (Diabetes), Cholesterinerhöhung, Gicht, Gerinnungsstörung) ja nein
- i) **des Stütz- und Bewegungsapparates, der Knochen, der Gelenke oder der Muskeln?** (z. B. Arthrose, Fibromyalgie, Rheuma, Gelenkersatz, Osteoporose, Lähmung, chronische Muskelerkrankung, Kollagenose, Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Morbus Bechterew) ja nein
- j) **der Sinnesorgane Auge und Ohr?** (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörung, Netzhauterkrankung, Gesichtsfeldeinschränkung, Grüner Star, Schwerhörigkeit, Schwindel, Ohrgeräusch, Hörsturz) ja nein
4. Wurden Sie in den **letzten fünf Jahren** wegen einer **gut- oder bösartigen Tumorerkrankung (z. B. Krebs, Leukämie) ärztlich untersucht oder behandelt** bzw. ist eine entsprechende Untersuchung angeraten? ja nein
5. Wurden Ihnen in den **letzten fünf Jahren** über einen Zeitraum von mehr als zwei Monaten Medikamente verordnet? ja nein
6. **Bestehen oder bestanden** bei Ihnen darüber hinaus **in den letzten drei Monaten** ein oder mehrere der folgenden Beschwerden: ja nein
wiederkehrende Angstzustände, Vergesslichkeit, andauernde Antriebslosigkeit oder Müdigkeit, Überlastungszustand oder Depression?

Angaben zu bestehenden Versicherungen

Bestehen bereits private oder betriebliche Pflegeversicherungen oder sind solche beantragt? ja nein

Wenn eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, geben Sie bitte nachstehend Einzelheiten zu jeder mit „ja“ beantworteten Frage an; ggf. auch auf einem separaten Blatt. Bitte geben Sie Folgendes an: Ärztliche Bezeichnung der Krankheit oder Gesundheitsstörungen, Behandlungszeiträume, verordnete Medikamente (Name und Dosierung), ob die Krankheit oder Gesundheitsstörung ausgeheilt ist oder welche Beschwerden noch bestehen. Sollten Pflegeversicherungen bestehen oder beantragt worden sein, geben Sie bitte die versicherte Jahresrente und den jeweiligen Versicherer an.

SEPA-Lastschriftmandat**Gläubiger Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000559230**

IPOS-Nummer

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.**

 Versicherungsnehmer ist Beitragszahler Herr Frau

Name und Vorname des Beitragszahlers (falls nicht Versicherungsnehmer)

Anschrift (falls nicht Versicherungsnehmer)

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers (Kreditinstitut)

BIC

IBAN

Datum und Unterschrift (falls nicht Versicherungsnehmer)

X

Angaben des Antragstellers zum Geldwäschegesetz (GwG)**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(n), Geburtsdatum und vollständige Meldeanschrift (Straße, Hausnummer, Land, PLZ, Ort)

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

In welcher Beziehung steht der wirtschaftlich Berechtigte zum Versicherungsnehmer?

Angaben zum abweichenden Beitragszahler, sofern nicht wirtschaftlich Berechtigter

In welcher Beziehung steht der Beitragszahler zum Versicherungsnehmer?

Bitte nennen Sie uns den Grund für den abweichenden Beitragszahler.

Identifizierung des Versicherungsnehmers als natürliche PersonDer **Versicherungsnehmer** ist eine natürliche Person und wird **wie folgt identifiziert**:
 Reisepass Personalausweis Pass- oder Ausweisersatz

Ausweis-Nr.

Geburtsort/Geburtsland

Ausstellende Behörde

Ausstellungsdatum

gültig bis

Für die korrekte Identifizierung ist neben den Ausweisdaten eine **Ausweiskopie** (Vor- und Rückseite) des Versicherungsnehmers erforderlich.**Angabe zur Steuerpflicht im Ausland**

Sind Sie (Versicherungsnehmer) außerhalb von Deutschland steuerpflichtig?

 Ja Nein

(Hinweis: Eine Steuerpflicht in Deutschland bedeutet nicht, dass sie nicht auch in einem anderen Land steuerpflichtig sind).

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

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich alle auf Seite 6 aufgeführten Vertragsinformationen in Textform vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe.

Die **Behleung 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.

 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 auf den Folgeseiten die verbindlichen Schlusserklärungen des Antragstellers und der Versicherten Person. Diese Erklärungen enthalten u.a. Informationen zur Verwendung Ihrer Daten, Informationen zu den Regeln zum Versicherungsbeginn und zum Widerrufsrecht. Sie erklären mit Ihrer Unterschrift darüber hinaus Ihre Einwilligungen zur:

- **Ertelung eines SEPA-Lastschriftmandats, sofern Sie Beitragszahler sind,**
- **Erhebung, Speicherung und Nutzung personenbezogener und Gesundheitsdaten,**
- **Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung,**
- **Weitergabe dieser und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten an namentlich benannte Stellen außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G.,**
- **Verwendung der Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt,**
- **Kommunikation per E-Mail**

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

Unterschrift Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

X

X

Es wird bestätigt, dass die gesamten Antragsunterlagen vom/mit dem Versicherungsnehmer ausgefüllt und von diesem unterschrieben wurden und die erforderlichen Unterlagen vor Antragstellung vorlagen. Die Richtigkeit der Angaben und Unterschriften gemäß Geldwäschegesetz hat der Vermittler anhand vorgelegter Ausweise/Nachweise überprüft und es werden diese als zutreffend bestätigt.

VPa-Nummer

ADP-Nummer

DIV1

MW

DIVX

Unterschrift Vertriebspartner

X

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der Text der Einwilligungs/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2012 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

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 datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die IDEAL Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

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.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der IDEAL (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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 Antragprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die IDEAL die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen

Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die IDEAL benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die IDEAL in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die IDEAL einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die IDEAL einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Soweit sich die vorstehende Erklärung auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die IDEAL konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige

oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. 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)

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung (gilt für die Versicherte Person)

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die IDEAL benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung,

wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die IDEAL meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die IDEAL zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten entbinde ich die für die IDEAL tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die IDEAL führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der IDEAL Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die IDEAL Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und

soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die IDEAL führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die IDEAL erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung benötigt die IDEAL Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die IDEAL meine Gesundheitsdaten übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die IDEAL dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der IDEAL Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen (gilt für die Versicherte Person)

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 Verfahrensabläufen 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.

3.4 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 Ihren 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.

Soweit sich die vorstehende Erklärung auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die IDEAL konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder

unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

(gilt für die Versicherte Person)

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.

Einwilligung in die Kommunikation per E-Mail

Ich willige ein, dass die IDEAL den Schriftwechsel während der Vertragslaufzeit auch in Textform abwickeln kann. Dabei kann die IDEAL vertragsbezogene Informationen per E-Mail zustellen. Diese Einwilligung 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. Ein Anspruch auf die elektronische Bereitstellung bestimmter Dokumente bzw. der elektronischen Zustellung aller Dokumente zu einem Vertrag besteht nicht.

Über etwaige Änderungen meiner E-Mail-Adresse werde ich die IDEAL rechtzeitig informieren. Die Zustimmung gilt für alle mit der IDEAL geschlossenen Verträge.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise zu widerrufen. Wenn der Antragsteller nicht die zu versichernde Person ist, so ist auch die Einwilligung der zu versichernden Person notwendig. Dazu genügt eine E-Mail an service@ideal-versicherung.de.

Datenaustausch mit der SCHUFA Holding AG zur Bonitätsprüfung (Scoring)

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 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 eingesehen werden.

** Hinweis zum SEPA-Lastschriftmandat

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.

*** 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.

Vertragsinformationen

Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen wir Ihnen als Versicherungsnehmer **alle vertragsrelevanten Informationen aushändigen**. Im Einzelnen sind dies die nachfolgend genannten **Bestandteile der Vertragsinformationen**:

- Antrag SDK Pflegekonto
- Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung
- Produktinformationsblatt
- Verbraucherinformationen
- Mitteilung der Wertentwicklung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen der SDK Pflegekonto
- Ergänzende Bedingungen der SDK Pflegekonto

- 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 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 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/bficip0

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 oder rufen Sie uns an.

Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

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

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, ggf. der Besonderen und Ergänzenden Bedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 VVG-InfoV und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Verbindung mit Artikel 246 c des Einführungsgesetzes zum BGB. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Per Post: **IDEAL** Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin
Per E-Mail: service@ideal-versicherung.de
Per Telefax: 030/ 25 87 -80

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um den im Antrag bzw. Angebot ausgewiesenen Betrag, der anteilmäßig entsprechend den Tagen der Risikotragung berechnet wird.

Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 VVG zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Nebenabreden

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

Was gilt – bezugnehmend auf die Fragen zur Versicherten Person – als Pflegeversicherung?

Anzugeben sind alle privaten Pflegetagegeld- und Pflegerentenversicherungen – auch Zusatzversicherungen – unabhängig von der Art der Durchführung. Nicht dazu zählen Versicherungen, die spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres enden sowie Versicherungen, die lediglich eine Option auf Abschluss einer Pflegetagegeld- oder Pflegerentenversicherung vorsehen und diese Option noch nicht ausgeübt ist.

Gesetzliche Pflegepflichtversicherungen sind grundsätzlich nicht anzugeben. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

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 zum SDK PflegeKonto 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 Ihrem SDK PflegeKonto zurücktreten,
- Ihr SDK PflegeKonto kündigen,
- Ihr SDK PflegeKonto ändern oder
- Ihr SDK PflegeKonto wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

3. Was geschieht, wenn wir zurücktreten?

- a) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von Ihrem SDK PflegeKonto 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 Ihr SDK PflegeKonto – 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 Ihr SDK PflegeKonto 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 Ihr SDK PflegeKonto unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir Ihr SDK PflegeKonto auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz), geschlossen hätten.
- c) Kündigen wir Ihr SDK PflegeKonto, 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 Ihr SDK PflegeKonto endet.

Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

5. Was geschieht, wenn wir Ihr SDK PflegeKonto ändern?

- a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir Ihr SDK PflegeKonto 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 Ihr SDK PflegeKonto 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 unverschuldete Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten handelt, verzichten wir auf das bestehende Recht zur Kündigung.

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

7. Was geschieht, wenn wir Ihr SDK PflegeKonto anfechten?

Wir können Ihr SDK PflegeKonto auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmetscheidung 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 Ihres SDK PflegeKonto?

Die Absätze 1 bis 6 b gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung Ihres SDK PflegeKonto entsprechend. Die Fristen nach Absatz 6 c beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung Ihres SDK PflegeKonto 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.