

P/V IPOS-Nummer  
| |

**Versicherungsnehmer**

Herr  Frau

Name | Vorname | Derzeitige berufliche Tätigkeit  
| | |  
Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsland | Staatsangehörigkeit Nr. 1  
| | | |  
**Wohnanschrift:** Straße | Hausnr. | Zustellvermerk | Staatsangehörigkeit Nr. 2 (falls vorhanden)  
| | | |  
PLZ | Ort | Telefon\* | E-Mail\*  
| | | |

**Versicherte Person**

gleichzeitig Versicherungsnehmer  Herr  Frau

Name | Vorname | Derzeitige berufliche Tätigkeit\*  
| | |  
Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsland | Staatsangehörigkeit Nr. 1  
| | | |  
**Wohnanschrift:** Straße | Hausnr. | Zustellvermerk | Staatsangehörigkeit Nr. 2 (falls vorhanden)  
| | | |  
PLZ | Ort | Telefon\* | E-Mail\*  
| | | |

In welcher Beziehung steht die Versicherte Person zum Versicherungsnehmer und was ist der Grund für den Abschluss?  
| | | |

\*freiwillige Angaben

**Beantragte Versicherung**

Versicherungsbeginn | Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr) | Versicherungsdauer | Beitragszahlungsdauer  
| | | |  
| | **Jahre** | **lebenslang** | **Endalter 85** |  abweichend **Jahre**  
| | | | (mind. 5 Jahre, max. bis Alter 95)  
 abweichend **lebenslang**

**Versicherungssumme**

3.000 €  4.500 €  6.000 €  7.500 €  | € (mind 1.500 €, max. 20.000 €)  
 mit doppelter Versicherungssumme bei Unfalltod  mit Pflegezusatzversicherung (Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 4)

**Tarifbeitrag**

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  einmalig | €

**Zahlbeitrag** (nur bei Pflegezusatzversicherung)

durch Beitragsverrechnung der Überschüsse | € (Die Höhe der Überschüsse kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.)

**Bezugsberechtigung im Todesfall**

(Bestimmen Sie keinen Bezugsberechtigten, wird die Versicherungsleistung an einen Berechtigten (z. B. Erben) ausgezahlt, soweit kein Bestattungspflichtiger damit die Bestattungskosten begleicht.)

Name | Vorname | Geburtsdatum  
| | |  
Straße | Hausnr. | PLZ | Ort | Geburtsort  
| | | | |

**Erklärung zur Versicherten Person** (nur, wenn Pflegezusatzversicherung beantragt wird)

Bitte geben Sie die nachfolgende Erklärung ab. Für die vollständige und richtige Erklärung sind der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person verantwortlich. Unrichtige und unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz. Lesen Sie vor der Erklärung die „**Behlehung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung**“. Diese finden Sie auf Seite 6 des Antrags.

**„Ich erkläre, dass ich gemäß SGB XI Pflegeleistungen in der Pflegestufe I, II, III oder einem der Pflegegrade 1, 2, 3, 4, 5 beziehe, bezog oder beantragt habe oder wegen einer der folgenden Krankheiten/Gesundheitsstörungen bzw. deren Folgen in den letzten 12 Monaten ärztlich beraten oder behandelt wurde: Funktionsstörungen oder Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks, der Psyche, Rheumatische Erkrankung, Diabetes (der seit mind. 15 Jahren besteht).“**

ja  nein

**Hinweis:** Die Erklärung zur Versicherten Person hat keinen Einfluss auf die Annahme für das SDK SterbeGeld.

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000559230**

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

**Versicherungsnehmer ist Beitragszahler**  Herr  Frau

Name (falls nicht Versicherungsnehmer) | Vorname (falls nicht Versicherungsnehmer)  
| |  
**Wohnanschrift** (falls nicht Versicherungsnehmer): Straße | Hausnr. | PLZ | Ort  
| | | |  
Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers (Kreditinstitut) | BIC  
| |  
IBAN | Datum und Unterschrift (falls nicht Versicherungsnehmer)  
| | **X**

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

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

## Angaben des Antragstellers zum Geldwäschegesetz (GwG)

IPOS-Nummer

Die Identifizierung des Versicherungsnehmers als natürliche Person **ist immer erforderlich**, wenn:

- die Beiträge nicht per SEPA-Lastschriftmandat vom Konto des Versicherungsnehmers eingezogen werden können.
- der Versicherungsnehmer nicht wirtschaftlich Berechtigter ist.
- die Versicherungssumme aller bei der IDEAL Lebensversicherung a.G. bestehenden Sterbegeld- bzw. Bestattungsvorsorgeversicherungen 10.000 € übersteigt.

Der **Versicherungsnehmer** ist eine natürliche Person und wird **wie folgt identifiziert\***:

- Reisepass  Personalausweis  Pass- oder Ausweisersatz

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

Ausweis-Nr.  Geburtsort  Geburtsland

Ausstellende Behörde  Ausstellungsdatum  gültig bis

\*Für die korrekte Identifizierung ist neben den Ausweisdaten eine **Ausweiskopie** (Vor- und Rückseite) des Versicherungsnehmers erforderlich.

### Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

- Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.
- Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten.  
**Die Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten ist erforderlich.**

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

Name  Vorname  Geburtsdatum

Wohnanschrift (falls nicht Versicherungsnehmer): Straße  Hausnr.  PLZ  Ort  Land

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.

### 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 4 aufgeführten Vertragsinformationen in Textform vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe.

Die **Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung** wurde mir ausgehändigt.

Datum/Unterschrift Versicherungsnehmer

### 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 Versicherungsnehmers 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 Ihr Einverständnis zur/zum:

- **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats, sofern Sie Beitragszahler sind,**
- **Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten,**
- **Weitergabe der nach § 203 StGB geschützten Daten an selbstständige Vermittler außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G.,**
- **Verwendung der Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt,**
- **Kommunikation per E-Mail**
- **Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist**

und entbinden uns entsprechend von unserer Schweigepflicht.

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

Ort, Datum  Unterschrift Versicherungsnehmer  Unterschrift Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

### Erklärungen und Unterschrift des Vermittlers

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass

- die gesamten Antragsunterlagen vom/mit dem Versicherungsnehmer ausgefüllt und von diesem unterschrieben wurden,
- alle Angaben des Versicherungsnehmers bzw. der Versicherten Person, insbesondere jene zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei, vollständig und ohne Nebenabreden aufgenommen wurden,
- der Versicherungsnehmer alle auf der Seite 4 aufgeführten vorvertraglichen Unterlagen rechtzeitig vor Abgabe seiner Vertragserklärung von Ihnen in Textform erhalten hat, sofern nicht die Angebotsanfrage gewählt wurde,
- die zur Identitätsfeststellung erforderlichen Angaben des Versicherungsnehmers in dessen Anwesenheit aufgenommen und die Angaben anhand vorgelegter Dokumente als zutreffend überprüft worden sind. Der Ausweis hat im Original vorgelegen.

VPa-Nummer  ADP-Nummer  DIV1  MW  DIVX  Unterschrift Vertriebspartner

## 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. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Ihrem betreuenden Vermittler 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](mailto: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 Lebensversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G. (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

Die IDEAL Lebensversicherung a.G. verpflichtet die Vermittler vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

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

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an selbstständige Vermittler außerhalb der IDEAL Lebensversicherung a.G.

Die IDEAL Lebensversicherung a.G. 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 Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über die Risikoeinschätzung 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 Lebensversicherung a.G. 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. Insoweit entbinde ich die Mitarbeiter der IDEAL Lebensversicherung a.G. von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt (nur, wenn Pflegezusatzversicherung beantragt wird)

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die IDEAL Lebensversicherung a.G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der IDEAL

Lebensversicherung a.G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die IDEAL Lebensversicherung a.G. 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 Gruppe den Schriftwechsel während der Vertragslaufzeit auch in Textform abwickeln kann. Dabei kann die IDEAL Gruppe 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 Gruppe rechtzeitig informieren. Die Zustimmung gilt für alle mit der IDEAL Gruppe geschlossenen Verträge.

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

## Zusatzleistung ohne Mehrbeitrag – Rückholkostenversicherung für im Ausland verstorbene Personen

Die IDEAL Lebensversicherung a. G. hat für Sie über die IDEAL Vorsorge GmbH die Kosten, die bei Tod der versicherten Person im Ausland für deren Überführung aus dem Ausland auf direktem Weg in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, bis zu 10.300 € weltweit (innerhalb Europas 5.200 €) versichert. Zusätzlich werden die Mehrkosten, die durch den Tod der versicherten Person für die Rückreise des überlebenden Ehepartners bzw. des in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partners aus dem Ausland zum Wohnort in die Bundesrepublik Deutschland per Kraft- oder Luftfahrzeug entstehen, bis zu 2.560 € erstattet. Den genauen Leistungsumfang lesen Sie bitte in den Vertragsunterlagen. Diese erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein zur Sterbegeldversicherung bzw., wenn beantragt, zur Bestattungs-Vorsorgeversicherung.

## \*\*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 SterbeGeld
- Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Verbraucherinformationen
- Mitteilung der Wertentwicklung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen des SDK SterbeGeld
- Allgemeine Bedingungen zur Rückholkostenversicherung
- Besondere Bedingungen für die Pflege-Zusatzversicherung (wenn gewählt)
- 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.

## Schlussfolgerungen des Versicherungsnehmers zur Sterbegeldversicherung

### Unsere Information zur Verwendung der Daten

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

Nähere Informationen zu den beteiligten Dienstleistern und Rückversicherern stellen Ihnen diese unter folgendem Link zur Verfügung:  
[www.idvers.de/xui9if](http://www.idvers.de/xui9if)

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

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

## Datenaustausch mit der SCHUFA Holding AG

Die IDEAL Lebensversicherung a.G. 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 Lebensversicherung a.G. oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten nach dem Geldwäschegesetz sowie zur Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a und 506 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

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

## Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist

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

### 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 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1–4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Verbindung mit Artikel 246c 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](mailto: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.

IDEAL Lebensversicherung a.G. · Sitz der Gesellschaft Berlin

Handelsregister-Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Aktiengesellschaft  
Hauptverwaltung: Kochstraße 26 · 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Michael Westkamp  
Vorstand: Rainer M. Jacobus (Vorsitzender), Olaf Dilge, Karlheinz Fritscher, Dr. Arne Barinka

Telefon: 030/ 25 87 -0 · Telefax: 030/ 25 87 -347 · E-Mail: [info@ideal-versicherung.de](mailto:info@ideal-versicherung.de) · Nutzen Sie auch unseren Service im Internet unter [www.ideal-versicherung.de](http://www.ideal-versicherung.de)

IDEAL Vorsorge GmbH · Sitz der Gesellschaft Berlin

Handelsregister-Nr. HRB 68811 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Gesellschaft mit beschränkter Haftung  
Hauptverwaltung: Kochstraße 26 · 10969 Berlin · Geschäftsführung: Jörg Schmidt, Mark Möller  
Telefon: 030/ 25 87 -0 · Telefax: 030/ 25 87 -347

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 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 Antworten und Erklärungen 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 Annahmeh Entscheidung ist.

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

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

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

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

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

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

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

- a) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir Ihre Pflegezusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir Ihre Pflegezusatzversicherung auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz), geschlossen hätten.

### 5. Was geschieht, wenn wir Ihre Pflegezusatzversicherung ändern?

- a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir Ihre Pflegezusatzversicherung auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann dazu führen, dass Sie für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall Ihren Versicherungsschutz rückwirkend verlieren. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der nächsten Beitragsfälligkeit oder sofort bei abgelöster Beitragszahlung Vertragsbestandteil.
- b) Sie können Ihre Pflegezusatzversicherung 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 Ihre Pflegezusatzversicherung anfechten?

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

### 8. Was geschieht bei Leistungserweiterung/Wiederherstellung Ihrer Pflegezusatzversicherung?

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