

Familienschutz Pflegerenten-Versicherung

125 JAHRE
NÜRNBERGER
VERSICHERUNGSGRUPPE

Schutz und
Sicherheit



im Zeichen
der Burg

Zeichen der Zeit.

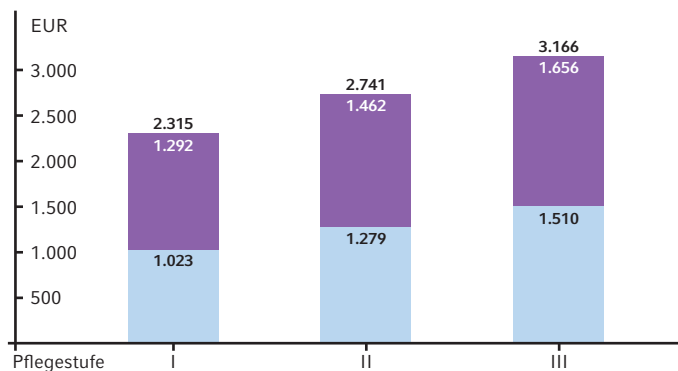
Medizinischer Fortschritt und steigende Lebensqualität lassen die Menschen immer älter werden. Die höhere Lebenserwartung wird sich aber auch auf die Entwicklung der Pflegefälle und deren Kosten auswirken.

Pflege in Zukunft

Schon heute sind etwa 2,3 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. In 20 Jahren werden es voraussichtlich 3,6 Millionen sein.

Wenig vom Staat

Die gesetzliche Pflegeversicherung bietet nur eine Grundabsicherung und deckt nicht annähernd die durchschnittlichen Pflegekosten.



Versorgungslücke bei Pflegebedürftigkeit

Monatliche Kosten für eine vollstationäre Unterbringung im Pflegeheim

- Finanzierungslücke
- Leistungen gesetzliche Pflegeversicherung

(Quelle: NÜRNBERGER Versicherungsgruppe und Statistisches Bundesamt Pflegestatistik 2007, Stand: 01.2010)

Die Gesetzliche Rentenversicherung zahlt einer Frau eine durchschnittliche monatliche Rente von 465 EUR und einem Mann eine durchschnittliche Rente von 946 EUR. Damit können Sie einen Platz im Pflegeheim nicht finanzieren.

Werden Sie aktiv

Die NÜRNBERGER Familienschutz Pflegerenten-Versicherung hilft Ihnen, die Versorgungslücke zu schließen. Auf den nächsten Seiten erklären wir Ihnen, wie das geht.

Pflege auf den Punkt gebracht.

Private Vorsorge schützt Sie vor dem größten finanziellen Risiko im Alter. Von der NÜRNBERGER erhalten Sie bereits ab Pflegestufe I eine lebenslange Pflegerente.

Für manche kommt der Zeitpunkt, wo sie vieles nicht mehr selbstständig – zu Hause oder im Heim – machen können. Dann wird anhand eines Punktekatalogs der Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt. Davon hängt die Höhe der Pflegerente ab. Je ein Pflegepunkt wird veranschlagt, wenn bei folgenden Tätigkeiten Hilfe nötig ist:

- Fortbewegen im Zimmer
- Aufstehen und Zubettgehen
- An- und Auskleiden
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
- Waschen, Kämmen oder Rasieren
- Verrichten der Notdurft

Pflegepunkte

NÜRNBERGER Pflegerente nach Pflegepunkten/-stufen

Anzahl Pflegepunkte	Pflegestufe	Mögliche Höhe der Pflegerente
2-3 Punkte	I	Variabel vereinbarte Rente (z. B. 40 %)
4-5 Punkte	II	Variabel vereinbarte Rente (z. B. 70 %)
6 Punkte	III	100 % der vereinbarten Rente

Das leistet die NÜRNBERGER

(Quelle: NÜRNBERGER Versicherungsgruppe, Stand: 02.2010)

Auch bei einer festgestellten gesetzlichen Pflegestufe (Sozialgesetzbuch Stand 15.12.2008) können Sie eine Pflegerente der NÜRNBERGER erhalten.



In guten Händen.

Bessere Betreuung im Pflegefall und mehr Entscheidungsfreiheit durch finanzielle Unabhängigkeit: Die NÜRNBERGER bietet Ihnen hier mehrere Möglichkeiten.

Das ist sicher

Privat für den Pflegefall vorzusorgen hat viele Vorteile.

- Lebenslanger, individueller Versicherungsschutz
- Leistet bei Pflege im Heim oder bei häuslicher Pflege
- Ihre garantierte Pflegerente kann sich durch Überschüsse erhöhen.
- Mit sofort beginnendem Pflegeschutz
- Laufender Beitrag oder Einmalbeitrag

Auch bei Demenz

Leistungen aus Ihrer NÜRNBERGER Pflegerenten-Versicherung erhalten Sie übrigens auch, wenn Sie an Demenz nach Reisberg erkranken und daher kontinuierliche Beaufsichtigung benötigen – unabhängig von Pflegepunkten.

Individuell gestalten

Wählen Sie aus den nachfolgenden Varianten Ihre gewünschte Leistung.

• Laufender Beitrag

- Light: 0/0/100 %*
- Standard: 0/50/100 %*
- Comfort: 40/70/100 %*

• Einmalbeitrag

- Standard: 10/50/100 %*
- Comfort: 40/70/100 %*

*der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe I/II/III



Einfach gut versorgt.

Ob Jung oder Alt – jeder sollte sich für den Pflegefall privat absichern. Diesen wichtigen Schutz bekommen Sie bei der NÜRNBERGER ohne viele Fragen.

Die NÜRNBERGER Pflegerente gibt es gegen Einmalbeitrag auch mit vereinfachten Gesundheitsfragen. Nach einer Wartezeit von 5 Jahren haben Sie bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit vollen Versicherungsschutz. Und das ein Leben lang – ohne Wenn und Aber.

Pflegerente mit vereinfachten Gesundheitsfragen

Werden Sie aufgrund eines Unfalls in den ersten 5 Versicherungsjahren pflegebedürftig, erhalten Sie trotz der Wartezeit die monatlich versicherte Pflegerente.

Rente bei Unfall

Sollten Sie während der ersten 5 Jahre der Vertragslaufzeit (Wartezeit) pflegebedürftig werden, erhalten Sie bei einer Versicherung gegen Einmalbeitrag Ihre Beiträge zurück und der Vertrag erlischt.

Beiträge zurück



Keine Versicherung ist wie die andere.

Wenn es um Ihre Vorsorge geht, brauchen Sie einen Partner, auf den Sie sich verlassen können und bei dem Sie sich sicher fühlen. Die NÜRNBERGER liefert immer wieder den Beweis für ihre Kompetenz. Nationale und internationale Ratingagenturen bescheinigen dem Unternehmen mehrfach Erstklassigkeit.



Ihr starker Partner

Fitch Ratings hat für die NÜRNBERGER ein A (stark) und das Finanzstärke-Siegel vergeben.

www.fitchratings.com, Stand: 06.2009



Standard & Poor's stuft die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG 2009 mit A- (sehr gut) ein.

www.standardandpoors.com, Stand: 01.2009



Die Ratingagentur Morgen & Morgen beurteilt die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG in ihrem BelastungsTest mit **sehr gut**.

Bewertet wurden die finanziellen Sicherheitsmittel.

www.morgenundmorgen.de, Stand: 10.2009



Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg

Seit 125 Jahren ist die Burg das Markenzeichen. Ein Zeichen, unter dem die NÜRNBERGER Tradition bewahrt und wegweisende Produkte für eine sichere Zukunft gestaltet. Auf diese Verbindung von Tradition und Innovation bauen Millionen zufriedener Kunden.

Die NÜRNBERGER ist Qualitätsversicherer und gehört zur Spitzengruppe der Versicherungsunternehmen in Deutschland.

Mit der FÜRST FUGGER Privatbank, der Bank der NÜRNBERGER, steht außerdem ein weiterer starker Partner an Ihrer Seite.

Gemeinsam erarbeiten wir für Sie und Ihre Familie flexible Lösungen in allen Bereichen der Versicherung und Vorsorge. Natürlich haben wir auch den passenden Schutz für Ihr Unternehmen und Ihre Mitarbeiter.

Überzeugen Sie sich selbst. Wir nehmen uns gern Zeit für Sie.





Antrag Familienschutz Pflegerente

bei der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG, 90334 Nürnberg

Antragsteller (VN) – Antragsteller

Familienname, Titel, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ (Ausland)

Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

männlich nicht verheiratet

Staatsangehörigkeit

weiblich verheiratet

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Ausgeübte Tätigkeit, Branche, Dienststelle

Versicherte Person

Familienname, Titel, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ (Ausland)

Wohnort

männlich nicht verheiratet

Geburtsdatum

Eintr.-Alter

weiblich verheiratet

Ausgeübte Tätigkeit, Branche, Dienststelle

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Die Identifizierung entfällt, wenn die Beiträge durch Abruf vom Konto des Versicherungsnehmers gezahlt werden (EEV). Bei Abbuchung von einem Konto, das nicht auf den Namen des Versicherungsnehmers geführt wird, ist die Identifizierung des Versicherungsnehmers erforderlich.

Nummer des gültigen Personalausweises Reisepasses

Behörde

Ich, der Antragsteller, bin wirtschaftlich Berechtigter

abweichend: Wirtschaftlich Berechtigter ist (Name, Vorname, Anschrift)

Bezugsberechtigung für alle Versicherungsleistungen

solange die versicherte Person lebt nach deren Tod

10 Versicherungsnehmer

20 Versicherungsnehmer

11 versicherte Person

31 Ehepartner der versicherten Person, mit dem sie bei ihrem Ableben verheiratet war

17 siehe Festlegung unter „Sonstige Vereinbarungen“

28 siehe Festlegung unter „Sonstige Vereinbarungen“

Erklärungen der versicherten Person

zu beantworten mit Ja oder Nein (siehe „Wichtige Erklärungen“ auf den Folgeseiten)

Berufs- oder Freizeitrisiko

Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiblen oder radioaktiven Stoffen, Motorsport-Aktivitäten, Fallschirmspringen, Flugsport einschließlich Gleitschirmspringen oder Hängegleiten, Kampfsport, Tauchsport, Teilnahme an Reitwettbewerben oder Bergsport, ausgenommen Wandern)?

Ja Nein

Wenn ja, welchen?

Auslandsaufenthalt

Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten (Erläuterungen siehe Folgeseiten) vorgesehen?

Ja Nein

Wenn ja, wo, Zeitraum und Grund? beruflich privat

Gesamtversicherungsschutz

Wurden bereits Anträge auf private Pflege(zusatz-)versicherung bei anderen Gesellschaften zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?

Ja Nein

Haben Sie neben der beantragten Pflegerente noch anderweitige private Pflegerenten zu erwarten?

Wenn ja, bei bzw. von welcher Gesellschaft?

In welcher Höhe?

EUR

Versicherungsnummer

Inkassostelle GA

Kundnummer (für GA)

Tarif

FP2510 FP2514E

Beginn

.

Beitragszahlungsdauer bis Endalter

65 Jahre 85 Jahre

Karenzzeit

keine 6 Monate

Jahresbetrag der Rente bei Pflegestufe III

EUR

Monatliche Pflegerente bei Pflegestufe III

EUR

Monatsbeitrag/Einmalbeitrag

EUR

Mit durch Rundungen bedingten Abweichungen bin ich einverstanden.

Versicherte Leistungen

Tarif FP2510 mit Leistungsvariante/-staffel:

	Leistung bei	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	der versicherten Pflegerente
<input type="checkbox"/> Light		0%	0%	100%	
<input type="checkbox"/> Standard		0%	50%	100%	
<input type="checkbox"/> Comfort		40%	70%	100%	

Tarif FP2514E mit Leistungsvariante/-staffel:

	Leistung bei	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	der versicherten Pflegerente
<input type="checkbox"/> Standard		10%	50%	100%	
<input type="checkbox"/> Comfort		40%	70%	100%	

Verwendung der Überschussanteile (Erläuterungen siehe Folgeseiten)

- verzinsliche Ansammlung Invest-Bonus mit Anlage im Fondsdepot:
 NÜRNBERGER Depot Wachstum
 NÜRNBERGER Depot Sicherheit
 NÜRNBERGER Depot Rendite

Planmäßige Erhöhungen (Erläuterungen siehe Folgeseiten)

von Beitrag und Versicherungsleistungen gemäß NÜRNBERGER Plus sind bei Tarif FP2510 gegen laufende Beitragszahlung vereinbart. Der Erhöhungsmaßstab beträgt 5 % des Beitrags.

Einzugsermächtigung

Ich beauftrage für den Beitragseinzug die o. a. Generalagentur, bis auf Widerruf die Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Kontonummer BLZ

Institut, Ort

Kontoinhaber

Unterschrift des Kontoinhabers – wenn nicht Antragsteller

Angaben zum Gesundheitszustand

bei Beantragung des Tarifs FP2510

In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen (evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden).

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen Ja Nein
- a) des **Herzens, Kreislaufs, der Gefäße** (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose)?
- b) der **Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?
- c) der **Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz** (z. B. Magengeschwür, Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Zirrhose)?
- d) der **Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust** (z. B. Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung, Dialysebehandlung)?
- e) des **Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse** (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie)?
- f) des **Gehirns, Nervensystems** (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinsonische Erkrankung, Schwindel, Alzheimerische Erkrankung, Demenz, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen, Gangunsicherheit)?
- g) der **Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Bechterew Erkrankung, Osteoporose, Rheuma, Fibromyalgie)?

- h) der **Augen** (z.B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Sehnerventzündung, grauer/grüner Star, Fehlsichtigkeit über 6 Dioptrien: links [] rechts [])? Ja Nein
- i) der **Ohren** (z.B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen)? Ja Nein
- j) der **Haut** oder **Allergien** (z.B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)? Ja Nein
- k) **gutartige Tumorerkrankungen** (z.B. Zyste, Adenom)? Ja Nein
- l) **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankungen, Tropenkrankheiten** (z.B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)? Ja Nein
- m) der **Psyche** (z.B. Depression, Angststörung, Neurose, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), **Suchterkrankung** (z.B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholgenuß)? Ja Nein
- n) Bestehen körperliche, seelische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. angeborene Behinderungen, Missbildungen, Amputationen, Versteifungen, Lähmungen, Schwerhörigkeit) bzw. ist eine
- Erwerbsminderung (M.d.E. - [] %), Ja Nein
- Wehrdienstbeschädigung (WDB [] %), Ja Nein
- Schwerbehinderung (G.d.B. - [] %) Ja Nein
- oder Pflegestufe anerkannt bzw. beantragt? Ja Nein
2. Bestehen oder bestanden **bösartige Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs), erfolgte ein **Selbsttötungsversuch** oder wurde bei Ihnen eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver Aids-Test)? Ja Nein
3. Sind Sie in den **letzten 5 Jahren** durch **Ärzte** oder **andere Behandler** (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden? Von welchen (Anschrift und Fachrichtung), wann, weshalb? Ja Nein
- []
- Wurden in den **letzten 12 Monaten** Arzneimittel (z.B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsentabletten) verordnet bzw. eingenommen? Welche? Wann? Wie lange? Ja Nein
- []
4. Erfolgt in den **letzten 5 Jahren** Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Ja Nein
- Körpergröße in cm [] Gewicht in kg []

Angaben zum Gesundheitszustand

bei Beantragung des Tarifes FP2514E

Bei diesem Tarif ist eine 5-jährige Wartezeit vereinbart. Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf den Folgeseiten.

1. Bestehen oder bestanden in den **letzten 5 Jahren** bei Ihnen eine oder mehrere der nachfolgenden Krankheiten, Störungen oder Beschwerden: Ja Nein
- Lähmungen, Schlaganfall, Herzinfarkt, Vorhofflimmern, Multiple Sklerose, geistige Entwicklungsstörung, Parkinsonsche Erkrankung, Alzheimersche Erkrankung, Demenz, Epilepsie, Angststörung, Depression, Krebs, Leukämie, Zuckerkrankheit (Diabetes), Bechterew Erkrankung, Knochenschwund (Osteoporose), HIV-Infektion (positiver Aids-Test), Nierenerkrankung, Nierenfunktionsstörung? Ja Nein
- Nahmen Sie innerhalb der **letzten 5 Jahre** Betäubungsmittel oder Drogen ein? Ja Nein
- Haben Krankenhaus-, Rehabilitations- oder Kuraufenthalte stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Ja Nein
2. Besteht ein **Organfehler** oder ein **körperliches Gebrechen** (z.B. Amputation, Bandscheibenschaden, eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, Blindheit, Hörminderung), eine angeborene Erkrankung, eine
- Erwerbsminderung (M.d.E. - [] %), Ja Nein
- Wehrdienstbeschädigung (WDB [] %), Ja Nein
- Schwerbehinderung (G.d.B. - [] %) Ja Nein
- Beziehen Sie **Rente** wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, wegen Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit oder wegen eines Unfalles oder ist eine solche beantragt? Ja Nein

Zusatzfragen für versicherte Personen mit Eintrittsalter ab 67 Jahren bei allen Tarifen

- Sind Sie in den **letzten 12 Monaten** gestürzt? Ja Nein
- Benötigen Sie **Hilfe** oder **Unterstützung** im alltäglichen Leben (z.B. beim **Essen**, **Waschen** oder Baden, **An- oder Auskleiden**, um die **Toilette** zu benutzen, um sich von einem Stuhl aufzurichten oder das Bett zu verlassen, um sich im Haus zu **bewegen** oder das Haus zu verlassen)? Ja Nein
- Benutzen Sie eine Gehhilfe (z.B. Spazierstock, Gehwagen, Rollstuhl)? Ja Nein
- Haben Sie Schwierigkeiten mit der Kontrolle von Urin oder Stuhlgang?** Ja Nein
- Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde (z.B. Art, Schwere, Dauer, Art und Umfang der Behandlungen, Folgen, ggf. Arbeitsunfähigkeits-Zeiten, Name und Anschrift des behandelnden Arztes).**
- Haben Sie zu diesem Zweck Beiblätter beigefügt?** Anzahl [] Ja Nein
- Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist (Name, Ort, Straße, Hausnummer):
- []

Frage Nr.	Krankheiten, Beschwerden, Ursache der Erwerbsminderung usw.	Art der Behandlung, (z.B. Operation, Bestrahlung), bestehen Folgen?	Beginn/Ende von Krankheit, Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit usw.	Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Heilstätten, Gesundheitsämter u.Ä.

Sonstige Vereinbarungen

[]

Bevor Sie dieses Antragsformular unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Folgeseiten die „Wichtigen Erklärungen des Antragstellers und der versicherten Person“ – insbesondere die „Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz“ und das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“, die „Wichtigen Hinweise zum Antrag“ sowie die „Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag“. Diese Erklärungen enthalten u. a. die Ermächtigungen „Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Informationseinholung“ und zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die „Wichtigen Erklärungen“ – insbesondere die „Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz“ und das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ – zum Inhalt Ihres Antrags.

Sollten Sie die auf den Folgeseiten abgedruckte Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben wollen, vermerken Sie dies bitte unter „Sonstige Vereinbarungen“.

Die Antragsprüfung der NÜRNBERGER bewertet Risiko- und Gesundheitsangaben. Bitte beantworten Sie die „Erklärungen der versicherten Person“ (Beruf, Gesamtversicherungsschutz usw.) und die „Angaben zum Gesundheitszustand“ vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig, kann die NÜRNBERGER je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten oder kündigen und ggf. Leistungen verweigern. Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Zu Ihrer Absicherung können Sie sich die Vollständigkeit der Angaben zum Gesundheitszustand durch Unterschrift Ihres behandelnden Arztes bestätigen lassen. Diese Bestätigung erfolgt auf freiwilliger Basis und ist keine Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrags.

Bevor Sie den Erhalt der Verbraucherinformationen bestätigen, lesen Sie bitte die „Information zur Antragstellung“ auf den Folgeseiten.

Die Verbraucherinformationen habe ich in elektronischer Form als CD vollständig erhalten und bin mit der Aushändigung in dieser Form einverstanden.

Ort [] Datum [] Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers und der gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller minderjährig/Zeichnungsberechtigten []

Hinweis zu den Gesundheitsfragen

- Die Gesundheitsfragen wurden vom Antragsteller/der zu versichernden Person selbst ausgefüllt nein ja
- Für die Gesundheitsfragen wurden zusätzlich gesonderte Beiblätter verwendet nein ja

Verbraucherinformationen

Ich habe dem Antragsteller bzw. dessen gesetzlichen Vertreter(n) die Verbraucherinformation als CD zur Verfügung gestellt.

Für die CD zu verwendender Code:

Tarifkürzel	Beginn (MMJJ)	B/R, Wert	M/W, geb. am (TTMMJJ)	Endalter	Überschuss	Dynamik J/N	Variante	Karenzzeit
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

(Tarifkürzel: FP2510 = PR, FP2514E = PW)
 (B/R: Vorgabe Beitrag = B, Vorgabe Rente mtl. = R / Wert: bitte rechtsbündig eintragen, leere Felder mit Nullen füllen)
 (Beitragszahlung bis Endalter: 65 oder 85 Jahre bei Tarif FP2510, 00 bei Tarif FP2514E)
 (Überschussverwendung: Depot Wachstum = W, Depot Sicherheit = S, Depot Rendite = R, verzinsliche Ansammlung = V, Pflegebonus = P)
 (Dynamik: bei Tarif FP2514E nur N möglich)
 (Leistungs-Varianten: light = L, Standard = S, Comfort = C) (bei Tarif FP2514E nur Variante S und C möglich)
 (Karenzzeit: 0 oder 6 Monate)

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Antragstellers/der versicherten Person zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden.

Ort, Datum [] OG/Mitarbeiter-Nr. [] Antragsingang bei GA [] Unterschrift des Vermittlers []

Für evtl. Rückfragen zum Antrag: Ansprechpartner, E-Mail, Faxnummer, Telefonnummer

[]

LV-Antrag von Antragsteller [] geb. am []

Beantwortung der Antragsfragen und gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht)

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten oder kündigen und ggf. Leistungen verweigern kann.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gesellschaft kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Ich habe in der Lebensversicherung dann Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswerts.

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht in der Lebens- bzw. Krankenversicherung lediglich einfach fahrlässig oder in der Lebensversicherung schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von 1 Monat kündigen. Der Lebensversicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf mein Verlangen Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich in der Lebensversicherung die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Habe ich in der Krankenversicherung die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht der Gesellschaft das Recht auf Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen in der Lebensversicherung mit Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsabschluss, in der Krankenversicherung mit Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.

Wichtige Erklärungen des Antragstellers und der versicherten Person

1. Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Informationseinholung

Ich ermächtige die Gesellschaft, zur Erhebung meiner Gesundheitsdaten alle Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeheimen und Pflegepersonen sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften, bei denen ich versichert bin, war oder sein werde oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist, und diese Daten zu verwenden. Dies gilt für die Zeit vor Antragstellung und die nächsten 10 Jahre nach Vertragsabschluss, auch über meinen Tod hinaus.

Die Gesellschaft darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt hatten, befragen.

Werden Leistungen wegen Berufs-, Schul-, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsausfall oder Pflegebedürftigkeit beansprucht, darf die Gesellschaft die oben genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufs-, Schul-, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, des Erwerbsausfalls sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufs-, Schul-, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. zum Erwerbsausfall geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Ich entbinde auch die Angehörigen der Gesellschaft selbst von ihrer Schweigepflicht, des erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risiko- oder Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen werde ich von der Gesellschaft unterrichtet und darauf hingewiesen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Bereits heute erkläre ich mein ausdrückliches Einverständnis mit einer zur Beurteilung des zu übernehmenden Risikos notwendigen Befragung der von mir in diesem Antrag angegebenen und nach vorstehenden Absätzen von der Schweigepflicht befreiten Personen, Einrichtungen und Behörden um eine zügige Bearbeitung meines Versicherungsantrags zu gewährleisten.

Ich willige ein, dass die Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unabhängig von meinen Angaben zum Gesundheitszustand erfolgen kann.

Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, obige generelle Schweigepflichtentbindung abzugeben. Ich habe auch die Möglichkeit, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich zu erklären, sofern von der Gesellschaft konkret Auskünfte benötigt werden, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen, Einrichtungen oder Behörden im Einzelfall von ihrer Schweigepflicht entbinde. Dies kann ich auf der Vorderseite des Antrags unter der Rubrik „Sonstige Vereinbarungen“ vermerken. Mir ist ferner bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrags verzögern oder sogar verhindern kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt. Weiterhin kann diese Entscheidung zu einer Verzögerung der Leistungsregulierung, zu einer Leistungskürzung oder gar einer Leistungsfreiheit der Gesellschaft führen, wenn sich aufgrund fehlender Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Mir ist weiter bekannt, dass ich auch nach Abgabe der obigen generellen Schweigepflichtentbindung jederzeit von der Gesellschaft verlangen kann, künftig nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich zu erklären, sofern von der Gesellschaft konkret Auskünfte benötigt werden, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen, Einrichtungen oder Behörden im Einzelfall von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist ferner bekannt, dass diese Entscheidung zu einer Verzögerung der Leistungsregulierung, zu einer Leistungskürzung oder gar einer Leistungsfreiheit der Gesellschaft führen kann, wenn sich aufgrund fehlender Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Die Erklärung gebe ich gleichermaßen auch für meine mitzuversichernden bzw. mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden bzw. mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

2. Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der Versicherer bei Vertragsabschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von der Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform) einholt und nutzt. Ebenso willige ich ein, dass zum gleichen Zweck von der INFORMA oder ggf. weiteren vergleichbaren Unternehmen eine in einem Scorewert zusammengefasste Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit, die auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren (beruhend auf Erfahrungswerten) erzeugt wird, eingeholt und genutzt wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Außerdem ist der Versicherer verpflichtet, mir Auskunft zu geben über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie zum Zweck der Speicherung. Zur Überprüfung meiner dort gespeicherten Daten kann ich mich auch direkt mit den Auskunft gebenden Unternehmen in Verbindung setzen. Die Adressen dieser Firmen sowie weitere Informationen finden sich im Merkblatt zur Datenverarbeitung.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch im Zusammenhang mit sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

3. Annahmefrist

Vorbehaltlich meines Widerrufsrechts nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz ist der Versicherer berechtigt, meinen Antrag bis zum Ablauf von 6 Wochen anzunehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der ärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht erforderlich ist, mit dem der Antragstellung.

4. Widerrufsrecht

Mein Vertrag gilt nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz auf der Grundlage des Versicherungsscheins und der für meinen Vertrag maßgeblichen Verbraucherinformationen (z.B. Versicherungsbedingungen) als abgeschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 30 Tagen nach Überlassung dieser Unterlagen sowie nach Zugang der gesetzlich vorgesehenen Widerrufsbelehrung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufe. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit meines Widerrufs ist dessen Absendedatum.

5. Zweitschrift des Antrags

Nach Unterzeichnung des Antragsformulars kann ich die Aushändigung einer Zweitschrift an mich verlangen

6. Beitragszahlung

Kommt der Versicherungsvertrag zustande, ist der erste oder einmalige Beitrag (Einlösbungsbeitrag) unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit mir vereinbarten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag an die Gesellschaft zu zahlen.

7. Beginn des Versicherungsschutzes

Ich stimme mit meiner Unterschrift zu, dass der Versicherungsschutz gegebenenfalls bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. In diesem Fall bin ich damit einverstanden, dass bei einem Widerruf die Beiträge, die auf die Zeit vor Ablauf der Widerrufsfrist entfallen, von der Gesellschaft einbehalten werden können.

Wichtige Hinweise zum Antrag

1. Geltendes Recht

Der beantragte Vertrag unterliegt dem deutschen Recht.

2. Versicherungsbedingungen

Die für die Versicherung geltenden Versicherungsbedingungen sind Bestandteil der Verbraucherinformationen.

3. Nebenabreden

Zusatzabsprachen zum Versicherungsvertrag, die nicht im Antragsformular festgehalten sind, können nur mit der Generaldirektion der Gesellschaft getroffen werden. Vermittler oder Angestellte der Gesellschaft dürfen im Zusammenhang mit Zusatzabsprachen Erklärungen des Antragstellers nur an die Generaldirektion weiterleiten und keine Zusagen abgeben. Nebengebühren und Kosten werden nicht erhoben. Insbesondere sind Versicherungsagenten oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits vom Versicherungsnehmer irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen zu erheben.

4. Verrechnung anfallender Gebühren

Im Rahmen des Versicherungsvertrags werden anfallende Gebühren der Gesellschaft mit gutzuschreibenden Überschussanteilen verrechnet bzw. an fälligen Versicherungsleistungen gekürzt.

5. Krisengebiete

Krisengebiete sind Länder und Regionen, für die eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht. Informationen hierzu finden Sie in der Rubrik „Reise und Sicherheit“ unter www.auswaertiges-amt.de.

6. Zuständige Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 12 53, 53002 Bonn.

7. Versicherungsombudsmann

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie per:

Telefon: 0180 4 224424*, Fax: 0180 4 224425*,

Post: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

*T-Home, 20 ct/Anruf, aus dem deutschen Festnetz,

höchstens 42 ct/Min. aus den Mobilfunknetzen.

Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag

1. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Wird die versicherte Person gemäß der „Allgemeinen Bedingungen für die Pflegerenten-Versicherung“ nach Pflegestufe III pflegebedürftig, erbringt die NÜRNBERGER folgende Leistungen: Zahlung der vertraglich vereinbarten vollen Pflegerente (versicherte Jahresrente) und Beitragsfreiheit für den Vertrag.

Bei Pflegestufe I und II erfolgt neben der Beitragsfreistellung des Vertrags die Zahlung einer anteiligen Pflegerente, sofern die gewählte Leistungsvariante dies vorsieht.

2. Planmäßige Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen (NÜRNBERGER Plus)

Bei Tarif FP2510 ist vereinbart, dass der Beitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um 5% erhöht wird.

Die Gesellschaft verpflichtet sich, die daraus resultierende Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vorzunehmen.

Der Versicherungsnehmer kann das Recht auf planmäßige Erhöhung ausschließen.

Bei Änderung der Rechnungsgrundlagen können Erhöhungen nach dann zum Verkauf offenen Tarifen durchgeführt werden.

Die Leistungen werden erhöht, bis die gesamte jährliche Pflegerente 36.000 EUR erreicht oder erstmals überschritten hat.

Im Übrigen gelten die „Besonderen Bedingungen für die Familienschutz-Pflegerenten-Versicherung mit NÜRNBERGER Plus“.

3. Erläuterung der Überschussanteile

Sie haben verschiedene Möglichkeiten zur Verwendung der Überschussanteile. Invest-Bonus bedeutet, dass die Überschüsse in einem ausgewählten Investmentfonds bzw. Investmentfondsdepot angelegt werden.

Beim Pflegebonus wird im Leistungsfall die versicherte Pflegerente erhöht.

Verbindliche Angaben über die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung sind nicht möglich.

4. Fälligkeit der Überschüsse

Bei Leistungsbeginn oder bei Tod der versicherten Person werden verzinslich angesammelte Überschüsse bzw. bei Vereinbarung von Invest-Bonus der Zeitwert der Fondsanteile als einmalige Kapitalleistung ausgezahlt. Der Pflegebonus wird im Leistungsfall zusammen mit der garantierten Pflegerente monatlich fällig. Bei Tod wird aus dem Pflegebonus keine Leistung gezahlt.

Bei Invest-Bonus kann statt einer einmaligen Geldleistung auch die Übertragung vorhandener Anteileneinheiten in ein eigenes Wertpapierdepot beantragt werden.

5. Rückkaufwert und Beitragsfreistellung

Bei Kündigung der Versicherung zahlen wir den vertraglich vereinbarten Rückkaufwert. Er entspricht nicht den bis dahin gezahlten Beiträgen und ist insbesondere in den ersten Jahren niedriger als diese. Ein Rückkaufwert wird nur bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 85. Lebensjahr vollendet wird, gewährt.

Bei einer Beitragsfreistellung der Versicherung muss die verbleibende, beitragsfreie Monatsrente noch mindestens 50 EUR betragen.

Tarifübersicht

FP2510

Selbstständige Pflegerentenversicherung in Form einer Barrente mit lebenslanger Versicherungs- und Leistungsdauer. Bei Beginn der Leistungspflicht wird zusätzlich zur Rente eine einmalige Kapitalleistung von 2 Monatsrenten fällig.

FP2514E

Selbstständige Pflegerentenversicherung in Form einer Barrente mit lebenslanger Versicherungs- und Leistungsdauer, mit vereinfachten Gesundheitsfragen und Wartezeit. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag gilt Tarif FP2514E.

Informationen zur Überschussverwendung Invest-Bonus

Der Wert des Invest-Bonus unterliegt kapitalmarktbedingten Schwankungen und hängt von der Wertentwicklung des Investmentfonds bzw. Fondsdepots ab. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass die Schwankungsbreite der Fondsergebnisse um so geringer ist, je länger die Vertragslaufzeit des Vertrags gewählt wurde. Die kapitalmarktbedingten Schwankungen sind bei aktienorientierten Investmentfonds bzw. Fondsdepots erfahrungsgemäß stärker als bei Investmentfonds bzw. Fondsdepots, die in festverzinslichen Werten

anlegen. Eine zu kurze Vertragslaufzeit erhöht das Anlagerisiko zusätzlich. Wenn aufgrund der Kapitalmarktlage eine Kapitalisierung nicht für sinnvoll erachtet wird, können die Fondsanteile in ein privates Depot übertragen werden. Somit kann im Bedarfsfall für den Invest-Bonus eine kapitalmarktbedingte Verlängerung genutzt werden.

Bei der Überschussverwendung Invest-Bonus wird das Risiko bezüglich der Kapitalanlage der laufenden Überschussanteile vom Versicherungsnehmer getragen.

Informationen zur Antragstellung

Für die weitere Bearbeitung Ihres Antrags ist es wichtig, ob Sie die Verbraucherinformationen gemäß der Informationspflichten nach § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) vollständig erhalten haben.

Die Verbraucherinformationen umfassen:

Produktinformationsblatt

– Produktinformationsblatt nach § 4 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Vertragsspezifische Informationen

– Allgemeine Vertragsdaten
– Garantiewerte
– Informationen zum Investmentfonds*

Allgemeine und zusätzliche Informationen

– Allgemeine Informationen nach § 1 VVG-InfoV
– Zusätzliche Informationen nach § 2 VVG-InfoV

Vertragsbedingungen

– Die jeweiligen Vertragsbedingungen
– Zusätzliche Vereinbarungen und Erklärungen
– Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen
– Steuerrechtliche Hinweise
– Merkblatt zur Datenverarbeitung
– Allgemeine Hinweise

* sofern diese Gegenstand des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrags sind

Antragsmodell

Wenn Sie die Verbraucherinformationen vollständig erhalten haben und dies im Antragsformular bestätigen, stellen Sie einen Antrag auf den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz. Die NÜRNBERGER kann Ihren Antrag in diesem Fall sofort annehmen, sofern keine medizinischen, technischen oder anderen Gründe entgegenstehen.

Widerrufsrecht

Sie haben nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz ein 30-tägiges Widerrufsrecht. Diese Frist beginnt am Tag nach dem Zugang des Versicherungsscheins, der vollständigen Verbraucherinformationen sowie der Belehrung über das Widerrufsrecht und dessen Rechtsfolgen.