

Versicherungsbedingungen

für die private Alters- und Hinterbliebenenversorgung



 **uniVersa**
Lebensversicherung a. G.

seit 1857

Nummer für die Empfangs-
bestätigung im Antrag:
121-153
01-2015

Verbraucherinformation

1. Die Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7 in 90489 Nürnberg (eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichtes Nürnberg unter der Handelsregisternummer HRB 355). Sie hat die Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG).

2. Unsere ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der uniVersa Lebensversicherung a.G. lautet: uniVersa Lebensversicherung a.G., gesetzlich vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch die Vorstandsmitglieder Gerhard Glatz und Michael Baulig, Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg.

3. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb von Lebensversicherungen, insbesondere von Kapitallebensversicherungen, Rentenversicherungen, Risikoversicherungen und diversen Zusatzversicherungen, wie z.B. die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

4. Sicherungsfonds in der Lebensversicherung

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die uniVersa Lebensversicherung a.G. gehört dem Sicherungsfonds an.

5. Zustandekommen des Vertrages

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung gestellt, kommt der Vertrag durch ausdrückliche Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Erfolgt eine solche nicht, kommt der Vertrag durch Übersendung des Versicherungsscheines zustande.

Ihr Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

6. Bestehen eines Widerrufsrechts

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0911/5307-1236.

Widerrufsfolgen

Im Fall eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich je nach Zahlungsweise bei einem monatlichen Beitrag um 1/30, bei vierteljährlichem Beitrag um 1/90, bei halbjährlichem Beitrag um 1/180 und bei jährlichem Beitrag um 1/360 des im Versicherungsschein genannten Beitrags pro Tag. Einen ggf. vorhandenen Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes 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.

7. Anwendbares Recht

Zwischen Ihnen als unserem Kunden und unserer Gesellschaft findet deutsches Recht Anwendung, insbesondere die Vorschriften des VVG (Versicherungsvertragsgesetz), VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) sowie des BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

8. Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

9. Ihre Möglichkeiten bei einem Anliegen

Ihre Meinung und Ihr Anliegen sind uns wichtig. Wir legen als Serviceversicherer Wert auf Qualität, Kompetenz und eine serviceorientierte Bearbeitung. Sie haben ein Anliegen? Dann schicken Sie Ihre Mitteilung einfach an:

uniVersa Lebensversicherung a.G.
Kundenzufriedenheit
Sulzbacher Str. 1-7
90489 Nürnberg

Alternativ können Sie uns auch eine E-Mail schreiben:
kundenzufriedenheit@universa.de

Wir freuen uns auf Ihre Anregungen und Hinweise.

Wurde Ihr Anliegen nicht zu Ihrer Zufriedenheit gelöst, können Sie sich auch an die kostenlose außergerichtliche Schlichtungsstelle wenden:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

10. Unsere Aufsichtsbehörde

steht Ihnen als weitere Anlaufstelle für Ihr Anliegen zur Verfügung:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

11. Datenschutzhinweise/Informationen über die Betroffenenrechte

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die uniVersa Lebensversicherung a.G. ist den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft, dem Code of Conduct (CoC), zum 01.01.2014 beigetreten. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.universa.de/unternehmen/rechtliche-hinweise abrufen können. Sollten Sie trotz unserer Bemühungen, unser Vertragsverhältnis fehlerfrei zu gestalten, eine Beschwerde haben, können Sie sich jederzeit direkt an unser Beschwerdemanagement wenden. Wir prüfen gerne Ihr Anliegen und sind überzeugt, im Falle eines Problems auch eine sinnvolle Lösung zu finden.

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeine Bedingungen

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz | 5 |
| 2. Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen | 6 |
| 3. Allgemeine Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen | 15 |
| 4. Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung | 20 |
| 5. Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie | 31 |
| 6. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU15) | 41 |

B. Besondere Bedingungen

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Besondere Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik | 55 |
| 2. Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie | 56 |
| 3. Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage | 57 |
| 4. Besondere Bedingungen für das Garantiefondskonzept DWS FlexPension | 58 |
| 5. Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (B15) | 61 |
| 6. Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung mit Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Kapitalzahlung bei Invalidität zu einer aufgeschobenen oder fondsgebundenen Rentenversicherung (BU-Opti) | 67 |
| 7. Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Dynamik | 72 |
| 8. Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie mit Dynamik | 73 |

C. Tarifbedingungen

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Tarifbedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen nach Tarif 7170 | 75 |
| 2. Tarifbedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung nach Tarif 7172 – AktivLEBEN | 77 |
| 3. Tarifbedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen nach Tarif 7179 – AktivLEBEN ^{aufbau} | 78 |
| 4. Tarifbedingungen für die Risikoversicherung für Nichtraucher nach Tarif 7276 – uniRISK | 81 |
| 5. Tarifbedingungen für die Risikoversicherung nach Tarif 7277 – uniRISK | 83 |
| 6. Tarifbedingungen für die Rentenversicherung nach Tarif 7351 – AktivRENTE | 85 |
| 7. Tarifbedingungen für die Rentenversicherung nach Tarif 7352 – sofort beginnende AktivRENTE | 89 |
| 8. Tarifbedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung nach Tarif 7652 – AktivLEBEN ^d | 90 |
| 9. Tarifbedingungen für die Kollektivrentenversicherung nach Tarif 7519 - AktivRENTE | 91 |

D. Anhänge / Sonstiges

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen | 97 |
| 2. Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung zu den Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen | 97 |
| 3. Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen | 98 |
| 4. Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen | 98 |
| 5. Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie | 99 |
| 6. Bestimmungen über Gebühren zur fondsgebundenen Rentenversicherung | 99 |
| 7. Bestimmungen über Gebühren zur fondsgebundenen Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie | 100 |
| 8. Steuerinformation zu Risikoversicherungen | 100 |
| 9. Steuerinformation zu kapitalbildenden Lebensversicherungen | 101 |
| 10. Steuerinformation zu Rentenversicherungen | 102 |
| 11. Steuerinformation zu Berufsunfähigkeitsversicherungen | 103 |
| 12. Steuerinformation zu betrieblichen Versicherungen – außer Direktversicherungen | 104 |

A. Allgemeine Bedingungen

Allgemeine Bedingungen

B. Besondere Bedingungen

Besondere Bedingungen

C. Tarifbedingungen

Tarifbedingungen

D. Anhänge / Sonstiges

Anhänge

A

Allgemeine Bedingungen

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Leistungen.
- (2) - unbesetzt -
- (3) Haben Sie eine Berufsunfähigkeitsversicherung oder den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit ein, so gilt:
- Eine Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist und eine Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt worden ist.
 - Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung erbringen wir nur, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen ist und solange sie nicht weggefallen ist.
 - Eine ggf. beantragte Leistungsdynamik der Beitragsbefreiung bzw. Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente ist im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes nicht versichert.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsversicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragten Versicherungsdauer.

Für den Begriff der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit wird allein auf die Definition in § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. § 2 der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abgestellt. Die in der Besonderen Vereinbarung für Beamte des öffentlichen Dienstes und Richter bei allgemeiner Dienstunfähigkeit sowie der Besonderen Vereinbarung zum Versicherungsschutz bei Polizeidienstunfähigkeit enthaltenen Definitionen der Berufsunfähigkeit finden im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes keine Anwendung.

- (4) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten wir im Todesfall maximal 100.000 EUR.

Bei Berufsunfähigkeit beträgt die Höchstrente 12.000 EUR jährlich; die Beitragsbefreiung gilt für Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht für die garantierte Kapitalabfindung von maximal 100.000 EUR. Bei Rentenversicherungen ohne Kapitalwahlrecht erfolgt die Beitragsbefreiung bis zu einer versicherten Jahresrente von 5.000 EUR.

Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen von Ihnen beantragt oder mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind. Bei mehreren Anträgen auf das Leben derselben Person bzw. bei mehreren Bezugsberechtigten erfolgt eine anteilige Kürzung der Leistungen.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrages liegt und
- uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt oder der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt worden ist. Bei Vermögensbildungsversicherungen reicht es aus, wenn uns der „Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber“ vorliegt und
- Sie das Zustandekommen der Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und

d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt und

e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrages das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des 7. Lebensjahres, so ist unsere Leistungspflicht entsprechend den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes auf einen Betrag in Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten beschränkt.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens jedoch mit dem dritten Tag nach der Unterzeichnung des Antrages.

- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung oder einem weiteren Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz begonnen hat. Dies gilt auch, wenn der Hauptvertrag oder der weitere Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer abgeschlossen wurde. In diesem Fall haben Sie uns unverzüglich den Vertragsschluss mitzuteilen.

b) Der vorläufige Versicherungsschutz endet zudem, wenn Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben oder

c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben oder

d) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Bei Vermögensbildungsversicherungen endet der vorläufige Versicherungsschutz auch dann, wenn Ihr Arbeitgeber die Überweisung der vermögenswirksamen Leistungen ganz oder teilweise abgelehnt hat.

e) - unbesetzt -

f) Der vorläufige Versicherungsschutz endet zudem, wenn Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben.

- (3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

- (2) Bei Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

- (3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen entfällt unsere Leistungspflicht, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

- (4) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Bei Ein-

malbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme bzw. -rente gemäß § 1 Abs. (4). Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts Anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung, einschließlich derjenigen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, soweit für diese ein Antrag gestellt wurde. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

- (2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

121-153 01.2015

Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen (Kapitalbildende Lebens-, Renten- und Vermögensbildungs- sowie Risikoversicherung)

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? | § 1 | Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? | § 10 |
| Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? | § 2 | Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten. | § 11 |
| Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | § 3 | Wer erhält die Versicherungsleistung? | § 12 |
| Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? | § 4 | Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet? | § 13 |
| Sie wollen ein Police-Darlehen bzw. eine Vorauszahlung? | § 5 | Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? | § 14 |
| Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? | § 6 | Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt? | § 15 |
| Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen? | § 7 | Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? | § 16 |
| Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person? | § 8 | Wo ist der Gerichtsstand? | § 17 |
| Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird? Verjährung. | § 9 | Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden? | § 18 |

§ 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 2 Abs. (3) und (4) und § 3).

§ 2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
- (2) - unbesetzt -
- (3) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode an uns zu zahlen.

- (4) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Abs. (3) genannten Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn Sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

- (5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.
- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände von der Versicherungsleistung abziehen.

§ 3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag (§ 37 VVG)

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wurde, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten

haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag (§ 38 VVG)

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 4 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung – ggf. jedoch nur vor dem vereinbarten Rentenbeginn – jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme bzw. Jahresrente unter den vereinbarten Mindestbetrag* sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.

Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(3a) (Gilt nur für kapitalbildende Lebensversicherungen)

aa) Nach Kündigung zahlen wir

- den Rückkaufswert
- vermindert um den Abzug sowie
- die Überschussbeteiligung.

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufswert). Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir die Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Versicherungsbeginn in einem Betrag in Abzug gebracht. In jedem Fall werden wir die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachten.

Abzug

Von dem so ermittelten Rückkaufswert nehmen wir einen Abzug* vor (sog. Stornoabzug). Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird, das heißt, der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung

und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

- bb) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Abs. (3a) aa) Satz 2 bis 5 errechneten Betrag (Rückkaufswert) angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

- cc) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Abs. (3a) aa) und bb) berechneten Betrag enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 15 und den jeweiligen Tarifbedingungen für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung zugeteilten Bewertungsreserven.

- dd) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 13) nur der Mindestrückkaufswert gemäß Abs. (3a) aa) als Rückkaufswert vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und das Ausmaß, in welchem dieser garantiert ist sowie zur Höhe des Abzugs können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

(3b) (Gilt nur für Rentenversicherungen)

- aa) Ist für den Todesfall eine Leistung aus einer Beitragsrückgewähr während der Aufschubzeit vereinbart, zahlen wir nach Kündigung

- den Rückkaufswert
- vermindert um den Abzug sowie
- die Überschussbeteiligung,

höchstens jedoch die für den Todesfall vereinbarte Leistung (siehe Abs. (3b) dd)).

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufswert). Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir die Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Versicherungsbeginn in einem Betrag in Abzug gebracht. In jedem Fall werden wir die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachten.

Abzug

Von dem so ermittelten Rückkaufswert nehmen wir einen Abzug* (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen wird, das heißt, der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung

* Näheres ist in den jeweiligen Tarifbedingungen geregelt.

cherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion). Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Beitragsrückstände werden vom Rückkaufwert abgezogen.

Herabsetzung des Rückkaufwerts im Ausnahmefall

- bb) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Abs. (3b) aa) Satz 2 bis 5 berechneten Betrag (Rückkaufwert) angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

- cc) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Abs. (3b) aa) und bb) berechneten Betrag enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 15 sowie den jeweiligen Tarifbedingungen für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einer Kündigung vor Rentenbeginn ggf. um die Ihrer Versicherung zugeteilten Bewertungsreserven*.

- dd) Höchstens wird jedoch die bei Tod fällig werdende Leistung ausgezahlt. Aus einem vorhandenen Restbetrag wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode eine beitragsfreie Rente gebildet, die nur dann fällig wird, wenn die versicherte Person den vereinbarten Rentenbeginn erlebt. Wird jedoch die jeweilige beitragsfreie Mindestrente* nicht erreicht, erlischt die Versicherung und Sie erhalten den nach Abs. (3b) aa) Satz 2 bis 5 berechneten Rückkaufwert.

- ee) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 13) nur der Mindestrückkaufwert gemäß Abs. (3b) aa) als Rückkaufwert vorhanden. Der Rückkaufwert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Nähere Informationen zum Rückkaufwert, seiner Höhe und das Ausmaß, in welchem er garantiert ist sowie der Höhe des Abzugs können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

- ff) Ist in Ihrem Vertrag keine Beitragsrückgewähr während der Aufschubzeit versichert, so wird der Auszahlungsbetrag nach Abs. (3b) aa) – dd) nicht ausgezahlt, sondern zur Bildung einer nicht kündbaren beitragsfreien Erlebensfallrente verwendet, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Aus einer so gebildeten beitragsfreien Erlebensfallrente findet eine Beitragsrückgewähr im Todesfall nicht statt. Wird jedoch die jeweilige beitragsfreie Mindestrente* nicht erreicht, erlischt die Versicherung und Sie erhalten den Rückkaufwert abzüglich des Stornoabzugs.

Während der Rentenbezugszeit kann eine Rentenversicherung nicht gekündigt werden. Sofern es die Tarifbedingungen vorsehen, sind aber Teilauszahlungen möglich.

(3c) (Gilt nur für Risikoversicherungen)

aa) Nach Kündigung zahlen wir

- den Rückkaufwert
- vermindert um den Abzug sowie
- die Überschussbeteiligung.

Rückkaufwert

Der Rückkaufwert ist nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz

(VVG) das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufwert mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufwert). Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall werden wir die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachten.

Abzug

Von dem so ermitteltem Rückkaufwert nehmen wir einen Abzug* (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird, das heißt, der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Beitragsrückstände werden vom Rückkaufwert abgezogen.

Herabsetzung des Rückkaufwerts im Ausnahmefall

- bb) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Abs. (3c) aa) Satz 2 bis 4 errechneten Betrag (Rückkaufwert) angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

- cc) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen (3c) aa) und bb) berechneten Betrag enthalten und nicht bereits mit Beiträgen verrechnet worden sind.*

- dd) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 13) nur ein geringer oder kein Rückkaufwert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Der Rückkaufwert entspricht jedoch mindestens einem bei Vertragsschluss vereinbarten Garantiebetrags, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages abhängt. Nähere Informationen zum Rückkaufwert, seiner Höhe und das Ausmaß, in welchem er garantiert ist sowie zur Höhe des Abzugs können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

(3d) (Gilt nur für Vermögensbildungsversicherungen)

aa) Nach Kündigung zahlen wir

- den Rückkaufwert
- vermindert um den Abzug sowie
- die Überschussbeteiligung.

Rückkaufwert

Der Rückkaufwert ist nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathema-

* Näheres ist in den jeweiligen Tarifbedingungen geregelt.

tik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufswert). Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir die Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Versicherungsbeginn in einem Betrag in Abzug gebracht. In jedem Fall werden wir die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachten.

Abzug

Von dem so ermittelten Rückkaufswert nehmen wir einen Abzug* (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen wird, das heißt, der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Der Auszahlungsbetrag beträgt aber mindestens 50 % der eingezahlten Beiträge. Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

bb) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Abs. (3d) aa) Satz 2 bis 5 berechneten Betrag (Rückkaufswert) angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

cc) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Abs. (3d) aa) und bb) berechneten Betrag enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 15 sowie den jeweiligen Tarifbedingungen für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung zugeteilten Bewertungsreserven*.

dd) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 13) nur der Mindestrückkaufswert gemäß Abs. (3d) aa) als Rückkaufswert vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Der Auszahlungsbetrag beträgt aber mindestens 50 % der eingezahlten Beiträge. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und das Ausmaß, in welchem er garantiert ist sowie der Höhe des Abzugs können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung anstelle einer Kündigung

(4a) (Gilt nur für kapitalbildende Lebensversicherungen)

aa) Anstelle einer Kündigung nach Abs. (1) können Sie unter Beachtung des dort genannten Termins schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die Versicherungssumme ganz

oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Abs. (3a) aa) Satz 2 bis 5 errechnet wird.

Abzug

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen Abzug* (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen wird, das heißt, der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Ggf. rückständige Beiträge werden ebenfalls abgezogen.

bb) **Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 13) nur der Mindestrückkaufswert gemäß Abs. (3a) aa) zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in der Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

cc) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. (4a) aa) zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den vereinbarten Mindestbetrag* nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach Abs. (3a) aa) bis cc). Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den dafür vereinbarten Mindestbetrag* erreicht.

(4b) (Gilt nur für Rentenversicherungen)

aa) Anstelle einer Kündigung nach Abs. (1) können Sie unter Beachtung des dort genannten Termins schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die versicherte Rente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Abs. (3b) aa) Satz 2 bis 5 errechnet wird.

Abzug

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen Abzug* (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen wird, das heißt, der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“. Sofern Sie uns

* Näheres ist in den jeweiligen Tarifbedingungen geregelt.

nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Ggf. rückständige Beiträge werden ebenfalls abgezogen.

bb) **Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 13) nur der Mindestrückkaufwert nach Abs. (3b) aa) zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

cc) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. (4b) aa) zu berechnende beitragsfreie Rente den vereinbarten Mindestbetrag* nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach den Abs. (3b) aa) bis cc). Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die vereinbarte beitragspflichtige Mindestrente* erreicht wird.

dd) **Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung bei Kündigung**

Ist für den Todesfall keine Leistung vereinbart, wandelt sich die Versicherung bei Kündigung (Voll- oder Teilkündigung gemäß Abs. (2)) ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um, wenn diese und ggf. die verbleibende beitragspflichtige Rente die vereinbarten Mindestbeträge* erreichen. Für die Bemessung der herabgesetzten beitragsfreien Rente gilt Abs. (4b) aa). Bei Nichterreichen der jeweiligen Mindestbeträge erlischt die Versicherung und Sie erhalten den Auszahlungsbetrag nach den Absätzen (3b) aa) bis cc).

(4c) (Gilt nur für Risikoversicherungen)

aa) Anstelle einer Kündigung nach Abs. (1) können Sie unter Beachtung des dort genannten Termins schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufwertes nach Abs. (3c) aa) Satz 2 bis 4 errechnet wird.

Abzug

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen Abzug* (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, damit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird, das heißt, der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Ggf. rückständige Beiträge werden ebenfalls abgezogen.

bb) **Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung stehen wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 13) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Auch**

in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. (4c) aa) zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den vereinbarten Mindestbetrag* nicht, erhalten Sie statt der beitragsfreien Versicherungssumme – sofern vorhanden – den Auszahlungsbetrag nach Abs. (3c) aa) – cc) und der Vertrag endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den dafür vereinbarten Mindestbetrag* erreicht.

(4d) (Gilt nur für Vermögensbildungsversicherungen)

aa) Anstelle einer Kündigung nach Abs. (1) können Sie unter Beachtung des dort genannten Termins schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufwertes nach Abs. (3d) aa) Satz 2 bis 5 errechnet wird.

Abzug

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen Abzug* (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird, das heißt der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Der zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung stehende Betrag beträgt jedoch mindestens 50 % der eingezahlten Beiträge.

Ggf. rückständige Beiträge werden ebenfalls abgezogen.

bb) **Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 13) nur der Mindestrückkaufwert nach Abs. (3d) aa) für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

cc) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. (4d) aa) zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den vereinbarten Mindestbetrag nicht, erhalten Sie Auszahlungsbetrag nach den Abs. (3d) aa) bis cc). Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den dafür vereinbarten Mindestbetrag* erreicht.

(5) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. (4a) bis (4d) zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den in den jeweiligen

* Näheres ist in den jeweiligen Tarifbedingungen geregelt.

Tarifbedingungen festgelegten Mindestbetrag nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach Abs. (3a) bis (3d).

Beitragsrückzahlung

- (6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Beitragstundung

- (7) Sie haben einmal während der gesamten Vertragslaufzeit unter folgenden Voraussetzungen gegen Zahlung eines Stundungszinses Anspruch auf eine Stundung der Beiträge bis zu 24 Monaten (bei Einschluss von Zusatzversicherungen bis zu 12 Monaten) bei vollem Versicherungsschutz:

- Die Beiträge für die ersten drei Versicherungsjahre sind vollständig gezahlt.
- Das Deckungskapital ist höher als die zu stundenden Beiträge einschließlich eventuell eingeschlossener Zusatzversicherungen.
- Es besteht kein Beitragsrückstand.
- Der Vertrag ist zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs nicht gekündigt.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich, in der auch die Höhe des Stundungszinses vereinbart wird. Nach Vereinbarung haben Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, höhere laufende Beiträge bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer zu entrichten oder den Beitragsrückstand inklusive Stundungszinsen durch eine Vertragsänderung anrechnen zu lassen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

Die Stundung der Hauptversicherung ist nur zusammen mit eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen möglich. Für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen gelten – sofern in den jeweiligen Besonderen Bedingungen keine gesonderten Vereinbarungen getroffen wurden – die vorstehenden Regelungen.

§ 5 Sie wollen ein Police-Darlehen bzw. eine Vorauszahlung?

- (1) Wir können Ihnen bis zur Höhe des Auszahlungsbetrages, welchen Sie im Fall einer Kündigung erhalten würden (vgl. § 4 Abs. (3a), (3b), (3d)) ein zu verzinsendes Police-Darlehen bzw. eine zu verzinsende Vorauszahlung auf die Versicherungsleistung gewähren. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht jedoch nicht.
- (2) Einzelheiten werden in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsschluss 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.
- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. (2)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen

wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufwert unter Vornahme des Stornoabzugs sowie ggf. rückständiger Beiträge (§ 4). Die Regelungen des § 4 Abs. (3a) aa), Abs. (3b) aa), Abs. (3c) aa) sowie Abs. (3d) aa) zu den Mindestrückkaufwerten gelten nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 4 Abs. (4a), Abs. (4b), Abs. (4c) sowie Abs. (4d)).

Rückwirkende Vertragsanpassung

- (9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
- (10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- (11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich 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 innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.
- (12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeh Entscheidung Einfluss genommen worden ist. 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. Abs. (5) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- (15) Die Absätze (1) bis (14) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Abs. (13) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- (16) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch schriftliche Erklärung aus, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. 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 den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.
- (17) Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Anwendung des § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 VVG.

§ 7 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.
- (2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes der Versicherung einschließlich der Überschussanteile (§ 4 Abs. (3a) aa) – cc), Abs. (3b) aa) – cc), Abs. (3c) aa) – cc) sowie Abs. (3d) aa) – cc)) ohne das vom Rückkaufwert ein Stornoabzug erfolgt. Für den Todesfall versicherte Rentenleistungen vermindern sich auf den Betrag, den wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufwert erbringen können. Beitragsrückstände werden in den genannten Fällen vom Rückkaufwert in Abzug gebracht. Diese Einschränkung unserer Leistung entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- (3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes der Versicherung (§ 4 Abs. (3a) bis (3d)) ohne das vom Rückkaufwert ein Stornoabzug erfolgt, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Abs. (2) Satz 4 bleibt unberührt.

§ 8 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufwert Ihrer Versicherung einschließlich der Überschussanteile nach § 4 Abs. (3a) aa) – cc), Abs. (3b) aa) – dd), Abs. (3c) aa) – cc) sowie Abs. (3d) aa) – cc) ohne das vom Rückkaufwert ein Stornoabzug erfolgt.
- (3) Die Absätze (1) und (2) gelten entsprechend bei einer unserer Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Abs. (1) beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

§ 9 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird? Verjährung.

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheines. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.
- (2) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen und durch eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterberkunde zu belegen.
- (3) Außerdem sind uns folgende Unterlagen einzureichen:
- wenn Leistungen wegen des Todes einer versicherten Person fällig werden: ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.
 - wenn Rentenleistungen oder Kapitalabfindungen fällig werden: ein amtliches, den Tag der Geburt enthaltendes Zeugnis darüber, dass die Person, von deren Leben die Rentenzahlung abhängt, noch lebt. Ein solches Zeugnis können wir auch vor jeder weiteren Rentenzahlung, allerdings nur einmal pro Kalenderjahr, verlangen. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.
- (4) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
- (5) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
- (6) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (7) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu welchem dem Anspruchsteller unserer Entscheidung in Textform zugeht (§ 15 Versicherungsvertragsgesetz).

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 12 Abs. (3) brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 11 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten.

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. (1) entsprechend.
- (3) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

- (4) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz (3) sind nach der bei Vertragsabschluss geltenden Rechtslage insbesondere alle Umstände, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie den für Ihren Vertrag geltenden Steuerinformationen entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

§ 12 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns nicht schriftlich eine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen (widerrufliches Bezugsrecht).
- (2) Sie können nur schriftlich ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (unwiderrufliches Bezugsrecht). Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen und Rechten aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Verfügungsberechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

Rechtsübergang im Wege der Erbfolge

- (4) Gehen Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag infolge des Todes einer berechtigten Person auf deren Erben über, so können wir zum Nachweis des Erbrechts die Vorlage eines Erbscheines verlangen.

§ 13 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

- (1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten sind bereits pauschal bei der Tariffkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen sie die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen (vgl. § 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen).

- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge (bei Vermögensbildungsver sicherungen 50 % der ersten Beiträge) zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag und bei Zuzahlungen werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Zeitpunkt der jeweiligen Zahlung in einem Betrag dem Deckungskapital entnommen.

(4a) (Gilt nur für kapitalbildende Lebensversicherungen)

Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beiträge zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme oder für einen Rückkaufwert vorhanden sind (vgl. auch § 4 Abs. (3a) und Abs. (4a)). Nähere Informationen zu den Rückkaufwerten und der beitragsfreien Versicherungssumme sowie deren jeweiliger Höhe können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

(4b) (Gilt nur für Risikoversicherungen)

Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine oder nur geringe Beiträge für einen Rückkaufwert oder zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (vgl. § 4 Abs. (3c) und Abs. (4c)). Nähere Informationen können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

(4c) (Gilt nur für Rentenversicherungen)

Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestrückkaufwert nach Abs. (3c) aa) zur Bildung der beitragsfreien Rente oder für einen Rückkaufwert vorhanden sind (vgl. auch § 4 Abs. (3b) und Abs. (4b)). Nähere Informationen können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

(4d) – unbesetzt –

(4e) (Gilt nur für Vermögensbildungsver sicherungen)

Die beschriebene Abschlusskostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestrückkaufwert nach Abs. (3d) aa), mindestens aber 50 % der gezahlten Beiträge zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme oder für einen Rückkaufwert vorhanden sind (vgl. § 3 Abs. (3d) und (4d)). Nähere Informationen können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

§ 14 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Falls durch Rückläufer im Lastschriftverfahren oder durch Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten, deren Entstehung Sie zu vertreten haben, ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellen wir Ihnen die uns entstandenen Kosten in Rechnung.

§ 15 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Aus den nachfolgend dargestellten Grundsätzen zur Beteiligung an den Überschüssen ergeben sich jedoch keine Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an diesen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung der Versicherungsnehmer am Überschuss

- a) Die Überschüsse stammen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, Mindestzuführungsverordnung) erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen

Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere dann, wenn Sterblichkeit und Kosten bzw. bei der Rentenversicherung die Lebenserwartung und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Sterblichkeit bzw. bei der Rentenversicherung Lebenserwartung) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen (Abrechnungsverbänden) zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Abrechnungsverbände Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschüsse der Versicherungsnehmer einschließlich der durch § 153 VVG vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des VAG können wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Interesse der Versicherten auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Wenn wir die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichererbestände verursachungsorientiert.

Soweit auf §§ 153 VVG, 56b VAG und §§ 3,4 sowie 5 der Mindestrückstellungsverordnung Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2015 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahme erstreckt sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzende Vorschriften.

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Die Zuteilung erfolgt bei Beendigung eines Vertrages – bei Rentenversicherungen auch bei Beendigung der Ansparphase und während der Rentenbezugszeit.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Weitere Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungs-

reserven finden Sie im „Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Weitergehende Regelungen enthalten die jeweiligen Tarifbedingungen bzw. die jeweils vereinbarten Besonderen Bedingungen.

(3) Information über die Höhe der Beteiligung am Überschuss

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 16 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 17 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts örtlich zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das örtlich zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz / Sitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 18 Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden?

- (1) Gemäß § 164 VVG können wir eine Bestimmung in den vorstehenden Bedingungen, welche durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist, durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Diese neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (2) Die neue Regelung nach Abs. (1) wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Allgemeine Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? | § 1 | Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? | § 9 |
| Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? | § 2 | Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten. | § 10 |
| Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | § 3 | Wer erhält die Versicherungsleistung? | § 11 |
| Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? | § 4 | Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet? | § 12 |
| Sie wollen ein Police-Darlehen bzw. eine Vorauszahlung? | § 5 | Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? | § 13 |
| Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? | § 6 | Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt? | § 14 |
| Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen? | § 7 | Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? | § 15 |
| Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird? Verjährung. | § 8 | Wo ist der Gerichtsstand? | § 16 |
| | | Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden? | § 17 |

§ 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 2 Abs. (3) und (4) und § 3).

§ 2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
- (2) – unbesetzt –
- (3) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode an uns zu zahlen.
- (4) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Abs. (3) angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.
- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände von der Versicherungsleistung abziehen.

§ 3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag (§ 37 VVG)

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können

wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wurde, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag (§ 38 VVG)

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 4 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme unter den vereinbarten Mindestbetrag* sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

- (3) a) Nach Kündigung zahlen wir

- den Rückkaufswert
- vermindert um den Abzug sowie
- die Überschussbeteiligung.

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode

* Näheres ist in den jeweiligen Tarifbedingungen geregelt.

(§ 12 VVG) berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufswert). Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Versicherungsbeginn in einem Betrag in Abzug gebracht. In jedem Fall werden die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachtet.

Abzug

Von dem so ermittelten Rückkaufswert nehmen wir einen Abzug* vor (sog. Stornoabzug). Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird, das heißt der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung zu den Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

- b) Wir sind nach § 169 Abs. (6) VVG berechtigt, den nach Abs. (3a) Satz 2 bis 5 errechneten Betrag (Rückkaufswert) angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

- c) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen (3a) und (3b) berechneten Betrag enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 14 und den jeweiligen Tarifbedingungen für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung zugeteilten Bewertungsreserven*.
- d) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 12) nur der Mindestrückkaufswert gemäß Absatz (3a) vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und das Ausmaß, in welchem er garantiert ist sowie zur Höhe des Abzugs können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung anstelle einer Kündigung

- (4) a) Anstelle einer Kündigung nach Abs. (1) können Sie unter Beachtung des dort genannten Termins schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Abs. (3a) Satz 2 bis 5

errechnet wird.

Abzug

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen Abzug* (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen wird, das heißt, der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung zu den Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Ggf. rückständige Beiträge werden ebenfalls abgezogen.

- b) **Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 12) nur der Mindestrückkaufswert gemäß Absatz (3a) zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

- (5) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. (4a) zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den vereinbarten Mindestbetrag* nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach Abs. (3a) bis (3c). Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den dafür vereinbarten Mindestbetrag* erreicht.

Beitragsrückzahlung

- (6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 5 Sie wollen ein Police-Darlehen bzw. eine Vorauszahlung?

- (1) Wir können Ihnen bis zur Höhe des Auszahlungsbetrages, welchen Sie im Fall einer Kündigung erhalten würden (vgl. § 4 Abs. (3)) ein zu verzinsendes Police-Darlehen bzw. eine zu verzinsende Vorauszahlung auf die Versicherungsleistung gewähren. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht jedoch nicht.

- (2) Einzelheiten werden in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungs-

* Näheres ist in den jeweiligen Tarifbedingungen geregelt.

schutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. (2)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert unter Vornahme des Stornoabzugs nach § 4 Abs. (3a) und Abzug ggf. rückständiger Beiträge. Die Regelungen des § 4 Abs. (3a) zum Mindestrückkaufswert gelten nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 4 Abs. (4a)).

Rückwirkende Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

(10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich 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 innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

(12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemmung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von

der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Abs. (5) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Abs. (1) bis (14) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Abs. (13) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(16) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch schriftliche Erklärung aus, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. 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 den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

(17) Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Anwendung des § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 VVG.

§ 7 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.

(2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung einschließlich der Überschussanteile (§ 4 Abs. (3a), Abs. (3c)), ohne das vom Rückkaufswert ein Stornoabzug erfolgt. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (§ 4 Abs. (3)) ohne das vom Rückkaufswert ein Stornoabzug erfolgt, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Abs. (2) Satz 4 bleibt unberührt.

§ 8 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird? Verjährung.

(1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheines. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.

(2) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen und durch eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde zu belegen.

(3) Außerdem sind uns, wenn Leistungen wegen des Todes der versicherten Person fällig werden, folgende Unterlagen einzureichen:

- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die To-

desursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.

- (4) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
- (5) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
- (6) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (7) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu welchem dem Anspruchsteller unserer Entscheidung in Textform zugeht (§ 15 Versicherungsvertragsgesetz).

§ 9 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 11 Abs. (3) brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 10 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten.

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. (1) entsprechend.
- (3) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (4) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz (3) sind nach der bei Vertragsabschluss geltenden Rechtslage insbesondere alle Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie den für Ihren Vertrag geltenden Steuerinformationen entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

§ 11 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns nicht schriftlich eine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen (widerrufliches Bezugsrecht).
- (2) Sie können nur schriftlich ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (unwiderrufliches Bezugsrecht). Sobald wir die Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen und Rechten aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Verfügungsberechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

Rechtsübergang im Wege der Erbfolge

- (4) Gehen Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag infolge des Todes einer berechtigten Person auf deren Erben über, so können wir zum Nachweis des Erbrechts die Vorlage eines Erbscheines verlangen.

§ 12 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen sie die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen (vgl. § 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen).

Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 Rech-VersV i.V.m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Zeitpunkt der jeweiligen Zahlung in einem Betrag dem Deckungskapital entnommen.

Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (vgl. § 4). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und der beitragsfreien Versicherungssumme sowie deren jeweiliger Höhe können Sie der Garantiewertentabelle entnehmen.

§ 13 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Falls durch Rückläufer im Lastschriftverfahren oder durch Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten, deren Entstehung Sie zu vertreten haben, ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellen wir Ihnen die uns entstandenen Kosten in Rechnung.

§ 14 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Aus den nachfolgend dargestellten Grundsätzen zur Beteiligung an den Überschüssen ergeben sich jedoch keine Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an diesen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Die Überschüsse stammen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, Mindestzuführungsverordnung) erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere dann, wenn Sterblichkeit und Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen (Abrechnungsverbänden) zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Abrechnungsverbände Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschüsse der Versicherungsnehmer einschließlich der durch § 153 VVG vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56 b des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56 b VAG können wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Interesse der Versicherten auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Wenn wir die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Soweit auf §§ 153 VVG, 56b VAG und §§ 3,4 sowie 5 der Mindestrückstellungsverordnung Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2015 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahme erstreckt sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzende Vorschriften.

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Die Zuteilung erfolgt bei Beendigung eines Vertrages.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Weitere Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im „Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen“.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Weitergehende Regelungen enthalten die jeweiligen Tarifbedingungen bzw. die jeweils vereinbarten Besonderen Bedingungen.

(3) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 15 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 16 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts örtlich zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das örtlich zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz / Sitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 17 Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden?

- (1) Gemäß § 164 VVG können wir eine Bestimmung in den vorstehenden Bedingungen, welche durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist, durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten

an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Diese neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Abs. (1) wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

121-153 01.2015

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Welche Versicherungsleistungen erbringen wir? | § 1 | Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? | § 15 |
| Was ist ein Unfalltod im Sinn dieser Bedingungen und was ist in einem solchen Fall zu beachten? | § 2 | Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre fondsgebundene Rentenversicherung in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) Rentenversicherung umwandeln? | § 16 |
| Welche Optionen können Sie ausüben? | § 3 | Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet? | § 17 |
| Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? | § 4 | Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt? | § 18 |
| Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? | § 5 | Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird? Verjährung. | § 19 |
| Wie verwenden wir Ihre Beiträge? | § 6 | Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? | § 20 |
| Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | § 7 | Wer erhält die Versicherungsleistung? | § 21 |
| Wann können Sie den Beitrag reduzieren? | § 8 | Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten. | § 22 |
| Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen? | § 9 | Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren? | § 23 |
| Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen? | § 10 | Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? | § 24 |
| Können Sie die Höhe des Todesfallschutzes verändern? | § 11 | Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? Welche Vertragssprache gilt? | § 25 |
| Wann können Sie den Beitrag erhöhen? | § 12 | Wo ist der Gerichtsstand? | § 26 |
| Können Sie Zuzahlungen zu den laufenden Beiträgen leisten? | § 13 | Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden? | § 27 |
| Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen? | § 14 | | |

§ 1 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

- (1) Die fondsgebundene Rentenversicherung bietet vor Beginn der Rentenzahlung (Aufschubzeit) Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock wird gesondert von unserem übrigen Vermögen in Anteilen an Investmentfonds angelegt. Mit Beginn der Rentenzahlung werden die auf Ihren Vertrag entfallenden Anteile am Anlagestock entnommen und in unserem sonstigen gebundenen Vermögen angelegt.
- (2) Da die Wertentwicklung der Investmentfonds des Anlagestocks nicht vorauszusehen ist, können wir den Wert der Leistungen – mit Ausnahme der Todesfallleistung gemäß Abs. (15) a) – nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der von Ihnen gewählten Investmentfonds einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Kursrückgang tragen Sie das Risiko der Wertminderung, das heißt, der Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteilheiten (Deckungskapital) kann bei Ablauf deutlich unter der Summe der eingezahlten Beiträge liegen. Bei Werten, die nicht in Euro geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage zusätzlich beeinflussen. Im Todesfall ist jedoch die vereinbarte Todesfallleistung gemäß Abs. (15) garantiert.
- (3) Den Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteilheiten (Deckungskapital) ermitteln wir durch Multiplikation der Zahl der Ihrer Versicherung gutgeschriebenen Anteile an den Investmentfonds mit den zum maßgeblichen Bewertungstichtag festgestellten Rücknahmepreisen der Anteile.
- (4) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Anteilheiten; Erträge, die ausgeschüttet werden und Steuererstat-

tungen rechnen wir in Anteilheiten um und schreiben sie den einzelnen Versicherungsverträgen gut.

Rentenleistung

- (5) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten – im Versicherungsschein genannten – Rentenbeginn, zahlen wir – vorbehaltlich Abs. (11) – solange die versicherte Person lebt, eine vorrussige, monatliche Rente in Euro. Die genaue Rentenhöhe kann erst nach dem Termin des Rentenbeginns errechnet werden. Aus diesem Grund erfolgt die erste Rentenzahlung bis spätestens zum 10. des Monats nach Rentenbeginn. Alle folgenden Renten zahlen wir jeweils zum Ersten eines Monats.
- (6) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn und ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die Rente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt. Alternativ dazu steht dem Anspruchsberechtigten die Möglichkeit offen, das für die noch nicht abgelaufene Rentengarantiezeit zur Verfügung stehende Deckungskapital in einer Summe ausgezahlt zu erhalten. In diesem Fall wird mit der Rentenzahlung erst nach Ablauf der Rentengarantiezeit begonnen bzw. wird sie wieder aufgenommen, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch lebt. Die Höhe der bei Rentenbeginn garantierten Rente ändert sich dadurch nicht.
- (7) - entfällt -
- (8) Die Höhe der Rente können wir vor Beginn der Rentenzahlung nicht garantieren. Sie ist sowohl vom Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteilheiten (Deckungskapital) zum Rentenbeginn als auch von dem vereinbarten und im Versicherungsschein genannten garantierten Rentenfaktor, der die Höhe der jährlichen Rente pro 1.000 EUR Deckungskapital wiedergibt, abhängig. Zum vereinbarten Rentenbeginn

wird die von da an garantierte Rente berechnet, indem der durch 1.000 EUR geteilte Wert des Deckungskapitals mit dem Rentenfaktor multipliziert wird. Der Rentenfaktor basiert auf dem 30 % reduzierten Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegendem Erlebensfallcharakter, unabhängig vom Geschlecht im Verhältnis 25 % Anteil Männer und 75 % Anteil Frauen gewichtet zu einer „mittleren“ Sterbewahrscheinlichkeit. Als Rechnungszins werden 1,25 % p. a. angesetzt.

- (9) Der Rentenfaktor gilt für den vereinbarten Rentenbeginn und ist für die gesamte Vertragslaufzeit garantiert.
Sollte sich zum vereinbarten Rentenbeginn nach den dann für neue Rentenversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafeln, Rechnungszins) ein höherer Rentenfaktor ergeben, wird dieser verwendet.
- (10) Erreicht die so ermittelte Rente nicht den monatlichen Mindestbetrag von 25 EUR, wird anstelle der Rentenzahlungen eine einmalige Kapitalabfindung in Höhe des Deckungskapitals ausgezahlt.

Kapitalabfindung oder Übertragung der Anteilseinheiten

- (11) Sie können mit einer Frist von einer Woche zum nächsten Monatsersten schriftlich verlangen, dass anstelle einer Rentenzahlung eine einmalige Kapitalabfindung in Höhe des Deckungskapitals ausgezahlt wird (Kapitalwahlrecht). Die Ausübung des Kapitalwahlrechts ist frühestens ab Beginn des 6. Versicherungsjahres und spätestens einen Monat vor Beginn der Rentenzahlung möglich.
- (12) Unter Beachtung der in Abs. (11) genannten Frist können Sie verlangen, dass zum Rentenbeginn nur ein Teil des vorhandenen Deckungskapitals als Kapitalabfindung erbracht wird und aus dem restlichen Deckungskapital eine Rente gemäß Abs. (5) gebildet wird. Voraussetzung für die Restverrentung ist, dass die Mindestrente gemäß Abs. (10) erreicht wird.
- (13) Anstelle der einmaligen oder Teilkapitalabfindung als Geldleistung kann der Anspruchsberechtigte zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung verlangen, dass ihm die entsprechenden Anteilseinheiten übertragen werden. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteilseinheiten zu übertragen und den Wert gebrochener Anteilseinheiten auszus zahlen. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Übertragung von Anteilseinheiten, so verringert sich die Zahl der zu übertragenden Anteilseinheiten durch die Übertragungskosten. Diese Gebühr wird nach unseren Bestimmungen über Gebühren für fondsgebundene Versicherungen gemäß § 24 erhoben. Ein Deckungskapital mit einem Wert geringer als 1.000 EUR erbringen wir ausschließlich als Geldleistung.
- (14) Mit Fälligkeit der Übertragung der Anteilseinheiten bzw. mit Fälligkeit der Kapitalabfindung erlischt die Versicherung.

Todesfalleistung

- (15) Sie können bei Vertragsschluss alternativ zwischen zwei Leistungsmodellen im Todesfall wählen. Ein Wechsel der Modelle nach Vertragsschluss ist nicht mehr möglich.

a) Erstattung von x% der Beitragssumme

Stirbt die versicherte Person innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, so wird das bis dahin angesammelte Deckungskapital ausgezahlt. Bei Tod infolge eines Unfalls gemäß § 2 innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre leisten wir die vereinbarte, im Versicherungsschein dokumentierte Todesfalleistung. Stirbt die versicherte Person nach den ersten drei Versicherungsjahren, aber vor dem Beginn der Rentenzahlung, so entsteht der Anspruch auf die vereinbarte Todesfalleistung. Die Todesfalleistung wird in Prozent der Summe der insgesamt zu zahlenden Beiträge (Beitragssumme) der Hauptversicherung (ohne Zusatzversicherungen) bis zum Ende der Aufschubzeit bzw. des Einmalbeitrages angegeben. Sie besteht jedoch mindestens aus dem Deckungskapital. Der Ermittlung des Wertes des Deckungskapitals legen wir dabei den in Abs. (16) genannten Stichtag zugrunde. Zuzahlungen nach § 13 dieser Bedingungen bewirken keine Erhöhung der Todesfalleistung.

- b) Erstattung des bis zum Todeszeitpunkt angesammelten Deckungskapitals

Stirbt die versicherte Person vor Beginn der Rentenzahlung,

erstatten wir das zu diesem Zeitpunkt vorhandene Deckungskapital. Der Ermittlung des Wertes des Deckungskapitals legen wir dabei den in Abs. (16) genannten Stichtag zugrunde.

Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des siebten Lebensjahres, ist unabhängig vom gewählten Leistungsmodell die Leistung im Todesfall auf den von der Aufsichtsbehörde jeweils festgesetzten Betrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten (§ 150 Abs. 4 VVG) beschränkt.

Stichtag für die Berechnung von Versicherungsleistungen

- (16) Im Erlebensfall, bei Kündigung (vgl. § 9), Beitragsfreistellung (vgl. § 10), Teilauszahlung (vgl. § 3 Abs. (1)), Ausübung des Kapitalwahlrechts (Abs. (11) und Abs. (12)) und Umwandlung (vgl. § 16) legen wir bei der Umrechnung des Deckungskapitals in einen Geldbetrag den Stichtag zugrunde, der auf den Ablauf des letzten Versicherungsmonats folgt. Als Stichtag gilt jeweils der erste Börsentag eines Monats.

Bei Tod der versicherten Person werden wir die Umrechnung des Deckungskapitals in einen Geldbetrag unverzüglich nach Eingang der Todesfallmeldung vornehmen.

Ablaufmanagement

- (17) Sofern Ihre Anteile an den Investmentfonds nicht ausschließlich aus Anteilen an Garantiefonds bestehen, werden wir 5 Jahre vor dem vereinbarten – im Versicherungsschein genannten – Rentenbeginn unabhängig vom Kapitalmarktverlauf die Ihrem Vertrag gutgeschriebenen Fondsanteile schrittweise in den Garantiefonds DWS FlexPension umschichten (passives Ablaufmanagement). Dadurch werden die Risiken einer Wertminderung aufgrund von Kursrückgängen reduziert.

Wir werden in jedem Monat aus den von Ihnen gewählten Fonds 1/m des Fondsguthabens umschichten, wobei „m“ die Anzahl der restlichen Monate der Aufschubzeit zum Zeitpunkt der Umschichtung bezeichnet. Das Umschichten im Rahmen des Ablaufmanagements erfolgt jeweils zum ersten Börsentag eines jeden Monats in Frankfurt am Main. Für das Umschichten werden weder Kosten noch Ausgabeaufschläge berechnet.

Wir werden Sie spätestens sechs Wochen vor Beginn des Ablaufmanagements schriftlich auf das bevorstehende Ende der Aufschubzeit hinweisen. Sie haben jederzeit das Recht, das Ablaufmanagement mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende zu deaktivieren. Nach einer Deaktivierung haben Sie jederzeit die Möglichkeit, das Ablaufmanagement zum nächsten Monatsersten zu aktivieren.

- (18) Sollte die Umschichtung in den Garantiefonds DWS FlexPension zu Beginn oder während des Ablaufmanagements nicht mehr möglich sein (vgl. § 6 Abs. (7) Satz 1), werden wir Sie hierüber in Textform benachrichtigen. Sie haben ab Zugang dieses Benachrichtigungsschreibens sechs Wochen Gelegenheit, als Ersatz einen anderen Fonds aus unserem Angebot zu wählen, in den die Fondsanteile umgeschichtet werden sollen. Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt.

Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung von Ihnen zu, gilt der von uns genannte, dem betroffenen Garantiefonds am ehesten vergleichbare Fonds als von Ihnen ausgewählt. Auf diesen Fonds werden wir Sie einschließlich der Kriterien für dessen Auswahl in unserer schriftlichen Benachrichtigung ausdrücklich hinweisen.

§ 2 Was ist ein Unfalltod im Sinn des § 1 Abs. (15) a) und was ist in einem solchen Fall zu beachten?

Die nachfolgenden Regelungen gelten nur für den Fall, dass das Modell „x% der Beitragssumme“ als Todesfalleistung gewählt wurde.

- (1) Ein Unfalltod liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet und innerhalb eines Jahres an den Folgen dieses Unfalls verstirbt.

Das Unfallereignis muss nach dem Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sein.

(2) Kommt die versicherte Person durch eines der nachfolgend aufgeführten Unfallereignisse innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zu Tode, zahlen wir das bis dahin angesammelte Deckungskapital aus.

a) Unfallereignisse durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.

b) Unfallereignisse, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

c) Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

d) Unfallereignisse, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

e) Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen; Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

f) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch eines unter diese Versicherung fallenden Unfallereignisses veranlasst waren.

g) Infektionen

Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Satz 2 entsprechend.

h) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

i) Unfallereignisse infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

j) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

k) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

verursacht sind, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Erleidet die versicherte Person innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre einen Unfalltod und haben neben dem Unfallereignis Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 % zur Herbeiführung des Todes mitgewirkt, so vermindert sich die Todesfallleistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

(4) Der Unfalltod der versicherten Person ist uns innerhalb von 48 Stunden mitzuteilen. An Unterlagen sind uns die notwendigen Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen einzureichen.

(5) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen.

(6) Uns ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

(7) Wird vorsätzlich entweder die Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht (Abs. (4) bis (6)) verletzt, so sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Wir bleiben jedoch zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung der Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Dies gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weist der Ansprucherhebende nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung ausüben (§ 15 Abs. (6)).

§ 3 Welche Optionen können Sie ausüben?

Teilauszahlungen während der Aufschubzeit

(1) Sie können eine Teilauszahlung auf die Versicherungsleistung erhalten, wenn das Deckungskapital nach der Teilauszahlung mindestens 2.500 EUR und der unter den vorgenannten Bestimmungen errechnete Teilauszahlungsbetrag mindestens 1.000 EUR beträgt. Die Teilauszahlung wird in Anteileneinheiten festgesetzt; wir zahlen sie jedoch in Euro aus. Die Wertfeststellung der Anteileneinheiten werden wir zum Stichtag gemäß § 1 Abs. (16) vornehmen. Für die Bearbeitung von Teilauszahlungen während der Aufschubzeit stellen wir Ihnen keine Gebühren in Rechnung.

(2) Eine Rückzahlung der Teilauszahlung ist nicht möglich.

(3) - unbesetzt -

(4) Eine Todesfallleistung nach § 1 Abs. (15) a) verringert sich um den ausgezahlten Betrag.

Auszahlungen während der Rentenbezugszeit

(5) Sofern eine Rentengarantiezeit vereinbart ist, besteht nach Beginn der Rentenzahlung, frühestens zum Schluss des ersten Rentenzahlungsjahres die Möglichkeit, eine Teilauszahlung aus dem Vertragsguthaben in Anspruch zu nehmen. Nach der Teilauszahlung wird das verbleibende Kapital in eine sofort beginnende Rente ohne Todesfallschutz umgewandelt. Die Neuberechnung der garantierten Rente erfolgt dabei mit unveränderten Berechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Sterbetafel). Dies hat üblicherweise eine Reduzierung der versicherten Rente zur Folge.

Für eine Teilauszahlung gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 2.500 EUR,
- die Höhe der Teilauszahlung ist auf den Barwert der ausstehenden garantierten Renten in der verbleibenden Renten-

garantiezeit beschränkt; der Barwert entspricht den mit dem Rechnungszins der Rentenzahlungszeit abgezinsten garantierten Renten der Rentengarantiezeit,

- die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Vertragsguthaben ergibt, darf nicht unter die Mindestrente von 300 EUR jährlich sinken.

Für die Teilauszahlung erheben wir eine Gebühr nach unseren Bestimmungen über Gebühren für fondsgebundene Versicherungen gemäß § 24.

Vorzeitiger Rentenbeginn

- (6) Sie haben das Recht, bis spätestens einen Monat vor dem Ende der Aufschubzeit mit einer Frist von einer Woche zum nächsten Monatsersten schriftlich zu verlangen, dass der Beginn der Rentenzahlung unter Herabsetzung des Rentenfaktors gemäß § 1 Abs. (8) und (9) vorverlegt wird. Die Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) bleiben dabei unverändert. Kosten entstehen Ihnen dabei nicht. Voraussetzung für eine Vorverlegung des Beginns der Rentenzahlung ist, dass die Mindestrente gemäß § 1 Abs. (10) erreicht wird. Eine Teilkapitalabfindung zum Zeitpunkt des vorzeitigen Rentenbeginns ist unter der Voraussetzung des § 1 Abs. (12) möglich.

Flexible Zuwachsphase

- (7) Ist die flexible Zuwachsphase vereinbart, so schließt diese an die Aufschubzeit an. Die flexible Zuwachsphase endet mit Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet. Während der flexiblen Zuwachsphase können Sie
- bei beitragspflichtigen Versicherungen weiterhin den vollen, einen verminderten oder keinen Beitrag entrichten
 - bei beitragspflichtigen Versicherungen mit Frist von einem Monat zum Ende der jeweiligen Versicherungsperiode den Beginn der für diesen Zeitpunkt vereinbarten Rentenzahlung verlangen. Bei beitragsfreien Versicherungen beträgt diese Frist einen Monat.

Die Rentenfaktoren für die flexible Zuwachsphase können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Die Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) bleiben dabei unverändert.

- (8) Im Todesfall während der flexiblen Zuwachsphase wird eine Todesfallleistung gemäß § 1 Abs. (15) gezahlt.

Kostenverrechnung bei beitragsfreien Verträgen in der Flexiblen Zuwachsphase

- (9) Die zur Deckung des Todesfallrisikos bei Wahl des Modells „x% der Beitragssumme“ bestimmten Beiträge, die für beitragsfreie Versicherungen benötigten Verwaltungskostenanteile und ggf. die Gebühr für das Management des Strategiedepots werden gemäß § 6 Abs. (1) bis zum Vertragsende dem Deckungskapital entnommen. Dies kann – bei ungünstiger Entwicklung des Werts der zugrunde liegenden Investmentfonds – dazu führen, dass das Deckungskapital vor Auszahlung einer Kapitalabfindung bzw. vor Erreichen des Rentenbeginns aufgebraucht ist. In diesem Fall erlischt der Versicherungsvertrag und damit der Versicherungsschutz. Hierüber werden wir Sie informieren.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Abs. (2)).

§ 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer fondsgebundenen Rentenversicherung sind als Einmalbetrag oder in Form von laufenden Beiträgen für jede Versicherungsperiode in Euro zu entrichten. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Beitragszahlungsweise und kann je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein.

- (2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind zum Beginn der jeweiligen Versicherungsperiode an uns zu zahlen.

- (3) Die Beiträge zahlen Sie ausschließlich im Lastschriftverfahren. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab.

- (4) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn der Beitrag zu dem in Abs. (2) genannten Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt.

- (5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

- (7) Die Beiträge sind bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person, zu entrichten.

§ 6 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

- (1) Wir führen Ihre Beiträge, soweit sie nicht zur Deckung von Kosten vorgesehen sind, dem Anlagestock gemäß § 1 Abs. (1) zu und rechnen sie gemäß Abs. (2) in Anteilseinheiten um. Die bei Wahl des Leistungsmodells gemäß § 1 Abs. (15) a) zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten, nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Risikobeiträge und den bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag sowie bei beitragsfreien Versicherungen kalkulierten Wert für den Versicherungsbetrieb entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats dem Deckungskapital. Wenn Sie ein Strategiedepot gemäß Abs. (4) gewählt haben, entnehmen wir Ihrem Deckungskapital ferner, einmal im Jahr auf Basis des Deckungskapitals zum Stichtag 31.12., die Gebühr für das Management des Strategiedepots. Sollte das Deckungskapital nicht während des gesamten Kalenderjahres in einem Strategiedepot gehalten worden sein, berechnen wir die Gebühr anteilig. Die Höhe der Gebühr können Sie der jeweils aktuellen „Fonds-Übersicht“ entnehmen, die Sie jederzeit bei uns anfordern können.

Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag und beitragsfreien Versicherungen kann die Entnahme bei extrem ungünstiger Entwicklung der im Anlagestock enthaltenen Werte dazu führen, dass das gesamte Deckungskapital vor Rentenbeginn aufgebraucht ist. In diesem Fall erlischt der Versicherungsvertrag und damit der Versicherungsschutz. Hierüber werden wir Sie informieren.

- (2) Der zur Anlage bestimmte Teil des Beitrages (Sparbeitrag) wird, gemäß der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung für die Investmentfonds bzw. der prozentualen Aufteilung des Strategiedepots, in Anteilen des Anlagestocks angelegt. Bei der Umrechnung in Anteilseinheiten wird der spätestens am dritten Tage nach Beitragsfälligkeit festgestellte Anteilpreis zugrunde gelegt. Fällt der Fristablauf (dritter Tag) auf einen börsenfreien Tag, so gilt spätestens der am letzten Börsentag davor festgestellte Anteilpreis. Ein Ausgabeaufschlag wird nicht erhoben, solange wir von der entsprechenden Investmentgesellschaft den Fonds ohne Ausgabeaufschlag angeboten bekommen.

- (3) Die Auswahl der verschiedenen Investmentfonds und die Festlegung der prozentualen Aufteilung können Sie selbst vornehmen (individuelle Fondsauswahl). Sie haben auch die Möglichkeit, eines der angebotenen Strategiedepots zu wählen. Sie können dabei gleichzeitig maximal 5 Investmentfonds besparen. Bei der Festlegung Ihrer Fondsauswahl muss der Anteil pro gewähltem Investmentfonds mindestens 10 % betragen. Entscheiden Sie sich für eines der angebotenen Strategiedepots, so ist dieses ausschließlich zu 100 % auswählbar. Eine Liste der möglichen Fonds und Strategiedepots finden Sie in der „Fonds-Übersicht“.

- (4) Die Auswahl und die Festlegung der prozentualen Aufteilung der Investmentfonds erfolgt für die Strategiedepots durch einen Anlageausschuss. Indem Sie ein bestimmtes Strategiedepot auswählen, ermächtigen Sie die unVersa Lebensversicherung a.G., im Rahmen der Anlagerichtlinie des Strategiedepots Umschichtungen vorzunehmen.

- (5) Sie können innerhalb von 12 Monaten bis zu zwölfmal eine kostenlose Änderung der von Ihnen bestimmten Investmentfonds oder des Strategiedepots verlangen (Fondswechsel). Sie können hierbei aus allen zum Zeitpunkt des Wechsels für diesen Tarif zulässigen Investmentfonds und Strategiedepots auswählen.

Für einen Fondswechsel bestehen folgende Möglichkeiten:

- Ihr vorhandenes Fondsguthaben wird entsprechend der neu festgelegten Verteilung umgeschichtet.
- Ihre künftigen Sparbeiträge für die Fondsanlage werden entsprechend der neu festgelegten Verteilung angelegt.
- Es werden sowohl Ihr vorhandenes Fondsguthaben als auch Ihre künftigen Sparbeiträge für die Fondsanlage entsprechend der neu festgelegten Verteilung umgeschichtet bzw. angelegt.

Ist ein Einmalbeitrag vereinbart, erfolgt ein Fondswechsel ausschließlich nach Möglichkeit a). Ein Fondswechsel in Verbindung mit einem Strategiedepot erfolgt ausschließlich nach Möglichkeit c).

Die Anzahl der Investmentfonds, die in Ihrem Depot gleichzeitig gehalten werden können, ist unbegrenzt.

Die Umrechnung des Guthabens werden wir bei einem Fondswechsel nach den Abs. a) oder c) nach Eingang Ihres schriftlichen Auftrages unverzüglich vornehmen. Wünschen Sie den Fondswechsel zu einem späteren Termin, ist der Anteilspreis des Börsentages, zu welchem Sie die Änderung wünschen, maßgebend. Fällt Ihr Wunschtermin auf einen börsenfreien Tag, gilt der letzte Börsentag davor.

- (6) Ab dem dreizehnten Fondswechsel innerhalb von 12 Monaten wird eine Gebühr nach unseren Bestimmungen über Gebühren für fondsgebundene Versicherungen gemäß § 24 erhoben.
- (7) Die Schließung, Auflösung oder Zusammenlegung von Fonds, die Einstellung von An- oder Verkauf, sind Beispiele von Vorgängen, die Auswirkungen auf die Fondsanlage haben, die aber von uns nicht beeinflusst werden können.

Sollte die Anlage künftiger Beiträge in einen gewählten Fonds oder das Halten von Anteilen an einem gewählten Fonds nicht mehr möglich sein, werden wir Sie hierüber schriftlich benachrichtigen. Sie haben ab Zugang dieses Benachrichtigungsschreibens sechs Wochen Gelegenheit, als Ersatz andere Fonds aus unserem Angebot zu wählen, in die das Fondsguthaben des betroffenen Fonds umgeschichtet werden soll und in die an Stelle des betroffenen Fonds künftig die Beiträge angelegt werden sollen.

Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt. Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung von Ihnen zu, gilt der von uns genannte, dem betroffenen Fonds am ehesten vergleichbare Fonds als von Ihnen ausgewählt. Auf diesen Fonds werden wir Sie einschließlich der Kriterien für dessen Auswahl in unserer schriftlichen Benachrichtigung ausdrücklich hinweisen. Den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen ebenfalls in unseren schriftlichen Benachrichtigungen mitteilen.

Wir werden Sie in unserer schriftlichen Benachrichtigung nochmals ausdrücklich darauf hinweisen, dass für den Fall, dass Sie sich nicht innerhalb der 6-wöchigen Frist für einen Fonds entscheiden, der von uns nach den vorstehenden Kriterien vorgeschlagene Fonds als gewählt gilt. Der Fondswechsel ist kostenlos.

§ 7 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Erst- oder Einmalbeitrag (Einlösungsbeitrag, § 37 VVG)

- (1) Wird der Erst- oder Einmalbeitrag (Einlösungsbeitrag) nicht rechtzeitig gezahlt, so können wir – solange die Zahlung nicht erfolgt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wurde, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen und Auskünfte verlangen.

- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag (§ 38 VVG)

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Außerdem sind wir dann berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Ein verminderter Versicherungsschutz bleibt nur dann bestehen, wenn sich gemäß § 10 Abs. (4) Satz 3 eine beitragsfreie Versicherungsleistung ergibt.

Gestaltungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

- (4) Bei Zahlungsschwierigkeiten bieten wir Ihnen auf schriftlichen Antrag unter Beachtung der Voraussetzungen des § 10 folgende Möglichkeiten, Ihre finanzielle Belastung zu reduzieren:
- Beitragsherabsetzung: Sie können verlangen, den Beitrag herabzusetzen (vgl. § 8).
 - Beitragsfreistellung: Sie können verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragspflicht befreit zu werden (vgl. § 10).
- (5) Nach Ende der Beitragsfreistellung können Sie unter der Voraussetzung des § 10 Abs. (6) die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzahlen oder in Form eines Mehrbeitrages für die restliche Aufschubzeit ausgleichen. Für nachzahlende Beiträge gilt § 6 Abs. (2) entsprechend.

Bei Beitragsfreistellung der Hauptversicherung erlischt eine eventuell eingeschlossene Zusatzversicherung mit Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Kapitalzahlung bei Invalidität zu einer aufgeschobenen oder fondsgebundenen Rentenversicherung (BU-Opti) gemäß § 6 Abs. (3) der für diese Versicherung geltenden Besonderen Bedingungen.

(6) Beitragstundung

Sie haben einmal während der gesamten Vertragslaufzeit unter folgenden Voraussetzungen gegen Zahlung eines Stundungszinses Anspruch auf eine Stundung der Beiträge bis zu 24 Monaten bei vollem Versicherungsschutz:

- Die Beiträge für die ersten drei Versicherungsjahre sind vollständig gezahlt.
- Das Deckungskapital ist höher als die zu stundenden Beiträge.
- Es besteht kein Beitragsrückstand.
- Der Vertrag ist zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs nicht gekündigt.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich, in der auch die Höhe des Stundungszinses vereinbart wird.

Nach Vereinbarung haben Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen. Ist in Ihrem Vertrag keine Zusatzversicherung eingeschlossen, haben Sie zudem alternativ die Möglichkeit, die gestundeten Beiträge in Form eines Mehrbeitrages bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer zu entrichten.

Für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen gelten – sofern in den jeweiligen Besonderen Bedingungen keine gesonderten Vereinbarungen getroffen wurden – für den Fall der Beitragstundung die vorstehenden Regelungen.

§ 8 Wann können Sie den Beitrag reduzieren?

- (1) Sind laufende Beitragszahlungen vereinbart, können Sie jederzeit schriftlich verlangen, mit einer Frist von einer Woche zum Ablauf der laufenden Versicherungsperiode gemäß § 5 Abs. (1), den Beitrag zu Ihrer Versicherung zu reduzieren. Eine Beitragsreduzierung ist jedoch nur möglich, wenn der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich nicht unterschreitet.
- (2) Eine Beitragsreduzierung ist mit Nachteilen verbunden, weil dies zu einer Reduzierung der Leistungen führt.
- (3) Die Beitragsreduzierung kann nur erfolgen, soweit unter Berücksichtigung von Beitragsrückständen ein positiver Rückkaufswert verbleibt.
- (4) Im Todesfall wird eine Todesfalleistung nach § 1 Abs. (15) a) auf Basis der durch die Beitragsreduzierung verminderten Beitragssumme, gezahlt.

§ 9 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Ablauf der laufenden Versicherungsperiode gemäß § 5 Abs. (1) – jedoch nur vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente – ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den jährlichen Mindestbetrag unterschreitet. Auf die Unwirksamkeit Ihrer Kündigung werden wir Sie hinweisen. Wollen Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden, müssen Sie also ganz kündigen. Der jährliche Mindestbeitrag beträgt 300 EUR.

Rückkaufswert

- (3) Nach Kündigung haben wir gemäß § 169 VVG den Rückkaufswert zu erstatten. Der Rückkaufswert ist der nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Zeitwert der Versicherung. Dieser entspricht dem Wert des Deckungskapitals gemäß § 1 Abs. (3) zum Stichtag nach § 1 Abs. (16). Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens der Zeitwert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufswert). Dies gilt nicht bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag sowie bei Zuzahlungen gemäß § 13. In diesen Fällen werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Zeitpunkt der jeweiligen Zahlung vom Deckungskapital in einem Betrag in Abzug gebracht. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall werden wir die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachten.

Abzug

- Rückständige Beiträge werden vom Rückkaufswert abgezogen. Ein sog. Stornoabzug nach § 169 Abs.5 VVG wird nicht vorgenommen.
- (4) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Der Rückkaufswert erreicht nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch die Abschluss- und Vertriebskosten gemäß § 17 finanziert werden. Darüber hinaus hängt der Rückkaufswert vom Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteileinheiten ab.**
 - (5) Eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
 - (6) Anstelle der Auszahlung des Rückkaufswertes gemäß § 9 Abs. (3) als Geldleistung können Sie bis zum wirksam werden der Kündigung eine Übertragung der Anteileinheiten verlangen. Für die Übertragung gelten die Vorschriften von § 1 Abs. (13) entsprechend.

§ 10 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

- (1) Sie können jederzeit schriftlich verlangen zum Ablauf der lau-

fenden Versicherungsperiode gemäß § 5 Abs. (1) ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (Beitragsfreistellung).

- (2) **Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Der Wert des bei Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals erreicht nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch die Abschluss- und Vertriebskosten gemäß § 17 finanziert werden. Darüber hinaus hängt der Wert des zur Verfügung stehenden Deckungskapitals vom Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteileinheiten ab.**

- (3) Die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten Beiträge, die für beitragsfreie Versicherungen benötigten Verwaltungsanteile und ggf. die Gebühr für das Management des Strategiedepots werden gemäß § 6 Abs. (1) bis zum Vertragsende dem Deckungskapital entnommen. Dies kann – bei ungünstiger Entwicklung des Werts der zugrunde liegenden Investmentfonds – dazu führen, dass das Deckungskapital vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer aufgebraucht ist. In diesem Fall erlischt der Versicherungsvertrag und damit der Versicherungsschutz. Hierüber werden wir Sie informieren.

- (4) Bei einer Beitragsfreistellung setzen wir gemäß § 165 VVG die Versicherungsleistungen zu dem verlangten Termin auf beitragsfreie Versicherungsleistungen herab. Hierbei wird das nach § 9 Abs. (3) berechnete Deckungskapital Ihrer Versicherung um rückständige Beiträge herab gesetzt. Ein sog. Stornoabzug nach § 169 Abs.5 VVG wird dabei nicht vorgenommen. Die verminderte Todesfalleistung für die restliche Versicherungsdauer bei Wahl des Todesfallschutzes nach § 1 Abs. (15) a) wird bei einer Beitragsfreistellung auf Grundlage der bis zum Termin der Beitragsfreistellung fällig gewordenen Beiträge der Hauptversicherung ermittelt. Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung bei Wahl des Todesfallschutzes nach § 1 Abs. (15) a) ermitteln wir die verminderte Todesfalleistung auf Grundlage der bis zum Termin der Beitragsfreistellung fällig gewordenen Beiträge und der ab dem Zeitraum der teilweisen Beitragsfreistellung noch verbleibenden Beitragszahlungen für die Hauptversicherung.

- (5) Unterschreitet bei einer Beitragsfreistellung das in Abs. (4) genannte Deckungskapital den Mindestbetrag von 2.500 EUR, so erlischt der Vertrag. Sie erhalten in diesem Fall – soweit vorhanden – den Rückkaufswert gemäß § 9 Abs. (3). Eine teilweise Befreiung von der Beitragspflicht ist jedoch nur möglich, wenn der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich nicht unterschreitet.

- (6) **Wiederaufnahme der Beitragszahlung zu einer beitragsfrei gestellten Versicherung**

Nach Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie jederzeit verlangen, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen, sofern die Wiederaufnahme innerhalb von drei Jahren seit dem Zeitpunkt der ganzen oder teilweisen Beitragsfreistellung erfolgt. Ansonsten ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlungspflicht nach einer Beitragsfreistellung ausgeschlossen.

- (7) Für die Umrechnung der nachgezählten Beiträge in Anteileinheiten gilt § 6 Abs. (2) entsprechend.
- (8) Nach Wiederaufnahme der Beitragszahlung wird bei Wahl des Todesfallschutzes nach § 1 Abs. (15) a) im Todesfall eine Todesfalleistung auf Basis der durch die Beitragsfreistellung verminderten Beitragssumme gezahlt.
- (9) Nach Ende der Beitragsfreistellung (vgl. § 7 Abs. (4) b) und Abs. (5)) können Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzahlen oder in Form eines Mehrbeitrages für die restliche Aufschubzeit ausgleichen. Für nachzuzahlende Beiträge gilt § 6 Abs. (2) entsprechend.

§ 11 Können Sie die Höhe des Todesfallschutzes bei Wahl des Modells „Erstattung von x% der Beitragssumme“ verändern?

- (1) Sie haben die Möglichkeit, sofern Sie gemäß § 1 Abs. (15) a) das Leistungsmodell „Erstattung von x% der Beitragssumme“ gewählt haben, den vereinbarten Todesfallschutz – vorbehaltlich einer Risikoprüfung – zu ändern, sofern die versicherte Person zum gewünschten Änderungszeitpunkt das 18. Lebensjahr voll-

endet hat. Die Änderung des Todesfallschutzes muss von Ihnen schriftlich, mit einer Frist von einer Woche zum darauf folgenden Monatsersten, beantragt werden. Der Todesfallschutz kann – in 10 %-Schritten – zwischen 10 % und 200 % der Beitragssumme gewählt werden.

- (2) Die Wartezeit nach einer Erhöhung des Todesfallschutzes beträgt 3 Jahre. Stirbt die versicherte Person während dieser Wartezeit, wird die Todesfalleistung gemäß § 1 Abs. (15) a) ohne Berücksichtigung der Erhöhung des Todesfallschutzes ermittelt. Bei Tod infolge eines Unfalls innerhalb der Wartezeit leisten wir die erhöhte Todesfalleistung. Die Vorschriften des § 2 Abs. (2) gelten entsprechend.

Erhöhung des Todesfallschutzes ohne Wartezeit (Nachversicherung)

- (3) Sie haben das Recht, den beim Versicherungsabschluss vereinbarten Todesfallschutz unter den Voraussetzungen der nachfolgenden Abs. (4) bis (8) im Rahmen der Grenzen gemäß Abs. (1) Satz 3 ohne erneute Wartezeit zu erhöhen, sofern bei Vertragsabschluss das Recht auf laufende Erhöhung gemäß den „*Besondere Bedingungen für fondsgebundene Rentenversicherungen mit Dynamik*“ vereinbart war. Diese Erhöhung bezeichnen wir als Nachversicherung.
- (4) Das Recht auf Nachversicherung können Sie innerhalb von sechs Monaten nach
- Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach § 1 LPartG der versicherten Person,
 - Geburt eines Kindes der versicherten Person,
 - Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
 - Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach § 15 LPartG der versicherten Person vom Ehe- oder Lebenspartner,
 - Wechsel der versicherten Person in die berufliche Selbständigkeit,
 - Befreiung des selbständigen Handwerkers von der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung zu dem Zeitpunkt, in dem die Mindestversicherungspflicht erfüllt ist,
 - Bestehen der Meisterprüfung der versicherten Person,
 - Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie (Kaufpreis mind. 50.000 EUR) durch die versicherte Person,
 - Reduzierung der gesetzlichen bzw. berufsständischen Hinterbliebenenabsicherung durch eine Gesetzesänderung bzw. Satzungsänderung

wahrnehmen. Über den Eintritt o.g. Ereignisse sind entsprechende Nachweise zu erbringen. Außerdem können Sie alle fünf Jahre eine Nachversicherung mit Beginn zum Jahrestag des Versicherungsbeginns verlangen, wenn Sie dies mindestens sechs Monate vorher beantragen.

- (5) Ab einer Summe von 50.000 EUR riskiertem Kapital**) zum gewünschten Zeitpunkt der Erhöhung des Todesfallschutzes kann die Nachversicherung nur vorbehaltlich einer Risikoprüfung beantragt werden.
- (6) Die Todesfalleistung innerhalb der ersten 3 Versicherungsjahre bestimmt sich – auch nach Ausübung der Nachversicherung – gemäß § 1 Abs. (15) a).
- (7) Wenn nichts Abweichendes vereinbart wird, gelten alle Vereinbarungen, die dem ursprünglichen Versicherungsvertrag zugrunde liegen, auch für die Nachversicherung.
- (8) Ihr Recht auf Nachversicherung ohne erneute Wartezeit erlischt, wenn
- Sie das Recht auf laufende Erhöhung gemäß den „*Besondere Bedingungen für fondsgebundene Rentenversicherungen mit Dynamik*“ verloren haben oder

- die restliche Aufschubzeit weniger als 12 Jahre beträgt.

- (9) Durch die Änderung des Todesfallschutzes ändert sich auch der zur Deckung des Todesfallrisikos benötigte Risikobeitrag gemäß § 6 Abs. (1) der monatlich dem Deckungskapital entnommen wird. Der von Ihnen zu zahlende Gesamtbeitrag bleibt unverändert. Eine Erhöhung der Todesfalleistung hat somit zur Folge, dass ein entsprechend geringerer Sparbeitrag in die von Ihnen gewählten Investmentfonds bzw. Strategiedepots fließt.
- (10) Für die Änderung des Todesfallschutzes wird eine Gebühr nach unseren Bestimmungen über Gebühren für fondsgebundene Versicherungen gemäß § 24 erhoben.

§ 12 Wann können Sie den Beitrag erhöhen?

- (1) Sie haben unter Berücksichtigung des Abs. (6) das Recht, mit einer Frist von einer Woche zum Jahrestag des Versicherungsbeginns (Hauptfälligkeit) Ihres Vertrages schriftlich zu verlangen – vorbehaltlich einer Risikoprüfung – Ihren bisherigen, laufenden Beitrag zu erhöhen.
- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Es gelten die „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung“ des bestehenden Vertrages. Der für die Erhöhung geltende Rentenfaktor basiert auf den zum Zahlungszeitpunkt für das Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen für fondsgebundene Rentenversicherungen.
- (3) Die Beitragserhöhung setzt die Fristen gemäß § 1 Abs. (15) a, § 11 Abs. (2), § 14 Abs. (3) und (4) sowie § 15 Abs. (13) erneut in Lauf.
- (4) Die Versicherungsleistungen ggf. abgeschlossener Zusatzversicherungen werden bei der Beitragserhöhung nicht erhöht.
- (5) Die Beitragserhöhung wird für die gesamte verbleibende Beitragszahlungsdauer des bereits bestehenden Versicherungsvertrages abgeschlossen, wobei die verbleibende Beitragszahlungsdauer mindestens 5 Jahre betragen muss.
- (6) Die Summe der jährlich zu zahlenden Beiträge der Beitragserhöhung muss – ohne Berücksichtigung von ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen – mindestens 300 EUR betragen.
- (7) Von der Möglichkeit der Beitragserhöhung können Sie während der Vertragslaufzeit mehrfach Gebrauch machen, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. (1), (5) und (6) eingehalten werden.

§ 13 Können Sie Zuzahlungen zu den laufenden Beiträgen leisten?

- (1) Sie haben das Recht, mit einer Frist von einer Woche zum darauf folgenden Monatsersten, jederzeit schriftlich zu verlangen zusätzlich zur laufenden Beitragszahlung oder zum vereinbarten Einmalbeitrag Zuzahlungen zu Ihrem Versicherungsvertrag zu leisten.
- (2) Die Zuzahlung bewirkt eine Erhöhung des Deckungskapitals Ihrer Versicherung. Für die Zuzahlung sowie die erhöhten Versicherungsleistungen gelten die „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung“ des bestehenden Vertrages. Der für die Zuzahlung geltende Rentenfaktor basiert auf den dann für das Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen für fondsgebundene Rentenversicherungen.
- (3) - entfällt -
- (4) Die Versicherungsleistungen etwaiger abgeschlossener Zusatzversicherungen sowie ein nach § 1 Abs. (15) a) vereinbarter Todesfallschutz werden durch die Zuzahlung nicht erhöht.
- (5) Eine Zuzahlung muss spätestens 6 Monate vor dem vereinbarten Rentenbeginn erfolgen. Die Zuzahlung muss mindestens 500 EUR und darf höchstens 50.000 EUR betragen.
- (6) Von der Möglichkeit der Zuzahlung können Sie während der Vertragslaufzeit mehrfach Gebrauch machen, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. (1) und (5) eingehalten werden.

** Das riskierte Kapital entspricht der versicherten Todesfalleistung gemäß § 1 Abs. (15) a) einschließlich der gewünschten Erhöhung, abzüglich des vorhandenen Deckungskapitals gemäß § 1 Abs. (3). Für die Ermittlung des riskierten Kapitals werden alle fondsgebundenen Rentenversicherungen der versicherten Person, bei denen die uniVersa Lebensversicherung a.G. Risikoträger ist, berücksichtigt.

§ 14 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.
- (2) Bei Ableben der versicherten Person vor dem Rentenbeginn in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, beschränkt sich unsere Leistung auf die Auszahlung des Wertes des Deckungskapitals gemäß § 1 Abs. (3), den wir zum Stichtag gemäß § 1 Abs. (16) feststellen. Beitragsrückstände werden von diesem Wert abzogen.
- (3) Nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre entfällt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- (4) Bei Ableben der versicherten Person vor dem Rentenbeginn in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des Wertes des zum Stichtag des § 1 Abs. (16) festgestellten Deckungskapitals gemäß § 1 Abs. (3), sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Abs. (3) bleibt unberührt.

§ 15 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie als Versicherungsnehmer 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.
- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. (2)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufwert (§ 9 Abs. (3)). Die Regelung des § 9 Abs. (3) Satz 4 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 10).

Rückwirkende Vertragsanpassung

- (9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
- (10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- (11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich 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 innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.
- (12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

- (13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehatscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Abs. (5) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- (15) Die Abs. (1) bis (14) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Abs. (13) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- (16) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch schriftliche Erklärung aus, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. 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 den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.
- (17) Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Anwendung des § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 VVG.

§ 16 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre fondsgebundene Rentenversicherung in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) Rentenversicherung umwandeln?

- (1) Sie können Ihre fondsgebundene Rentenversicherung durch schriftliche Erklärung mit Frist von einem Monat zum Schluss einer jeden Versicherungsperiode (vgl. § 5 Abs. (1)), frühestens zum Ende des fünften Versicherungsjahres, in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene Rentenversicherung umwandeln.
- (2) Bei der Umwandlung bleiben Ihre Beitragszahlungsweise und die Höhe Ihres Beitrages unverändert. Auch der bisher vorgesehene Beginn der Rentenzahlung ändert sich nicht. Die Versicherungsleistungen berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis des von uns zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang gültigen Rententarifs. Dabei legen wir das Deckungskapital (§ 1 Abs. (3) zum Stichtag nach § 1 Abs. (16)) zu Grunde.

§ 17 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

- (1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese so genannten Abschluss- und Vertriebskosten sind pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen sie die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen (vgl. § 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen).

- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag und bei Zuzahlungen gemäß § 13 werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Zeitpunkt der jeweiligen Zahlung in einem Betrag dem Deckungskapital entnommen.
- (3) **Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung die Abschluss- und Vertriebskosten den zur Anlage bestimmten Teil des Beitrags gemäß § 6 Abs. (1) mindern. Daher sind in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge für einen Rückkaufwert oder zur Beitragsfreistellung vorhanden.**

§ 18 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrages vor Rentenbeginn ist die Entwicklung des Sondervermögens gemäß § 1 Abs. (1), an dem Sie unmittelbar beteiligt sind. Darüber hinaus beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung), die jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt werden. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Aus den nachfolgend dargestellten Grundsätzen zur Beteiligung an den Überschüssen ergeben sich jedoch keine Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an diesen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung der Versicherungsnehmer am Überschuss

- (a) Nach Rentenbeginn stammen die Überschüsse im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen des sonstigen Vermögens (vgl. § 1 Abs. (1)). Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 der Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere dann, wenn Lebenserwartung und Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Lebenserwartung) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschüsse der Versicherungsnehmer einschließlich der durch § 153 VVG vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56 b des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56 b VAG können wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Interesse der Versicherten auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Soweit auf §§ 153 VVG, 56b VAG und §§ 3,4 sowie 5 der Mindestrückstellungsverordnung Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2015 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahme erstreckt sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzende Vorschriften.

- (b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Die Zuteilung erfolgt bei Beendigung des Vertrages, bei Beendigung der Ansparphase sowie während der Rentenbezugszeit.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise

entfällt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss

Beteiligung am Überschuss vor dem Rentenbeginn

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Fondsgebundene Rentenversicherung-2015“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Lebensversicherung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsnehmer getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten folgende Regelungen:

- a) Sofern eine Todesfalleistung nach § 1 Abs. (15) a) vereinbart ist, erhält Ihre Versicherung zu Beginn eines jeden Monats Risikouberschussanteile, die in Prozent des Risikobeitrages zur Deckung des Todesfallrisikos bemessen werden.
- b) Mit jeder Beitragszahlung erhält Ihre Versicherung Beitragsüberschussanteile in Prozent des Beitrags für die Hauptversicherung.
- c) Zu jedem Monatsanfang erhält Ihre Versicherung Kostenüberschussanteile, die in Promille des Fondsguthabens zum Ende des vorhergehenden Monats bemessen werden.

Die zugewiesenen Überschüsse werden gemäß § 6 Abs. (1) und (2) in Fondsanteile umgerechnet.

Bezüglich der Bewertungsreserven gilt:

Die Vermögenswerte des Sondervermögens (Anlagestock) sind gemäß § 341d HGB mit dem Zeitwert (Marktwert) in der Bilanz auszuweisen, d.h. es entstehen hierfür keine Bewertungsreserven. Da die Ermittlung und rechnerische Zuordnung der Bewertungsreserven auf die einzelnen Versicherungsverträge nach § 153 Abs. 3 VVG nach einem verursachungsorientierten Verfahren zu erfolgen hat, ergibt sich für fondsgebundene Rentenversicherungen praktisch keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Beteiligung am Überschuss ab dem Rentenbeginn

Ab dem Rentenbeginn gehört Ihre Versicherung zum Gewinnverband „Rentenversicherungen-2015“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung mit überwiegendem Erlebensfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Lebensversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Für die während der Rentenbezugszeit entstehenden Überschüsse können sie alternativ zwischen zwei Überschussbeteiligungssystemen wählen. Die Wahl kann bis spätestens drei Monate vor Rentenbeginn getroffen werden. Wird nichts vereinbart, so werden die Überschüsse nach Modell Bonusrente verwendet. Ein Wechsel der Modelle während der Rentenbezugszeit ist nicht möglich.

a) Bonusrente

Die Überschüsse werden als Einmalbeitrag zur Erhöhung der versicherten Rente nach den dann für den Neuzugang zugrunde zu legenden Rechnungsgrundlagen verwendet. Die erste Rentenerhöhung erfolgt mit der ersten Rentenzahlung. Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile hat keine Auswirkungen auf die Höhe der erreichten Bonusrente.

b) Sofortrente

Die Überschüsse werden nach den dann für den Neuzugang zugrunde zu legenden Rechnungsgrundlagen für eine bei unveränderter Höhe der Überschussbeteiligung konstante Überschussrente verwendet. Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile führt zu einer Erhöhung bzw. Reduzierung der Überschussrente.

Veröffentlichung der Überschussanteilsätze

Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(3) Informationen über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor vor Rentenbeginn ist dabei die Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Nach Rentenbeginn treten die Erträge aus den sonstigen Kapitalanlagen hinzu. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

Die Ermittlung der garantierten Rentenfaktoren bei Vertragsabschluss erfordert eine vorsichtige Tarifkalkulation, bei der Veränderungen der Kapitalmärkte, eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten berücksichtigt werden müssen. Wenn sich Umstände, die der Kalkulation zugrunde lagen, wesentlich ändern (z. B. Erhöhung der allgemeinen Lebenserwartung, nicht nur vorübergehend sinkende Renditen der Kapitalanlagen am Kapitalmarkt) und dies bei Vertragsabschluss nicht vorhersehbar war und wir deswegen weitere Rückstellungen bilden müssen, sind wir berechtigt, die künftigen laufenden Überschussanteile Ihres Vertrages hierfür heranzuziehen. Garantierte Leistungen bleiben davon unberührt.

Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

§ 19 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird? Verjährung.

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheines. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung bzw. der Einmalbeitragszahlung verlangen.
 - (2) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen und durch eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende, Sterbeurkunde zu belegen.
 - (3) Außerdem sind uns folgende Unterlagen einzureichen:
 - wenn Leistungen wegen des Todes einer versicherten Person fällig werden: ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.
 - wenn Rentenleistungen oder Kapitalabfindungen fällig werden: ein amtliches, den Tag der Geburt enthaltendes Zeugnis darüber, dass die Person, von deren Leben die Rentenzahlung abhängt, noch lebt. Ein solches Zeugnis können wir auch vor jeder weiteren Rentenzahlung, allerdings nur einmal pro Kalenderjahr, verlangen. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.
 - (4) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
 - (5) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
 - (6) Unsere Geldleistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
 - (7) Bei Leistungen in Anteilen hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt Abs. (6) entsprechend.
 - (8) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu welchem dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform zugeht (§ 15 VVG).
- ## § 20 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere mit befreiender Wirkung für uns Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der

Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

- (2) In den Fällen des § 21 Abs. (4) brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 21 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Widerrufliches Bezugsrecht

- (1) Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalls die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Tod kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

Unwiderrufliches Bezugsrecht

- (2) Sie können nur schriftlich ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Sie können Ihre Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen und Rechten aus dem Versicherungsvertrag sind gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Verfügungsberechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

Rechtsübergang im Wege der Erbfolge

- (5) Gehen Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag infolge des Todes einer berechtigten Person auf deren Erben über, so können wir zum Nachweis des Erbrechts die Vorlage eines Erbscheines verlangen.

§ 22 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten.

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. (1) entsprechend.
- (3) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (4) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz (3) sind nach der bei Vertragsabschluss geltenden Rechtslage insbesondere alle Umstände, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie den für Ihren Vertrag geltenden Steuerinformationen entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

§ 23 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

- (1) Ab dem zweiten Versicherungsjahr erhalten Sie von uns einmal jährlich ein Jahresreporting zu Ihrem Vertrag. Sie können dieser Mitteilung den Wert der Ihnen gutgeschriebenen Anteileneinheiten sowie den Wert des Deckungskapitals entnehmen. Sie können aber auch unabhängig von diesen Mitteilungen zu jeder anderen Zeit den Wert des Deckungskapitals Ihrer Versicherung bei uns erfragen.
- (2) Der Wert einer Anteileneinheit wird für viele der zur Verfügung stehenden Investmentfonds börsentäglich in deutschen Tageszeitungen, in der Wirtschaftspresse oder auch im Videotext von ARD / ZDF veröffentlicht.

§ 24 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Wird aus von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht, so können wir Ihnen die daraus entstehenden Kosten als pauschale Abgeltungsgebühr in Rechnung stellen.

Die gültigen pauschalen Abgeltungsgebühren entnehmen Sie bitte den „Bestimmungen über Gebühren zur fondsgebundenen Rentenversicherung“, die als Anhang beigefügt sind. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die der pauschalen Abgeltungsgebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder die Kosten wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt sie bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? Welche Vertragssprache gilt?

- (1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- (2) Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die örtliche gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 27 Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden?

- (1) Gemäß § 164 VVG können wir eine Bestimmung in den vorste-

henden Bedingungen, welche durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist, durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Diese neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Abs. (1) wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

121-153 01.2015

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Welche Versicherungsleistungen erbringen wir? | § 1 | Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet? | § 15 |
| Wie funktioniert die Beitragserhaltungsgarantie? | § 2 | Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt? | § 16 |
| Welche Optionen können Sie ausüben? | § 3 | Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird? Verjährung. | § 17 |
| Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? | § 4 | Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? | § 18 |
| Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? | § 5 | Wer erhält die Versicherungsleistung? | § 19 |
| Wie verwenden wir Ihre Beiträge? | § 6 | Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten. | § 20 |
| Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | § 7 | Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren? | § 21 |
| Wann können Sie den Beitrag reduzieren? | § 8 | Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? | § 22 |
| Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen? | § 9 | Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? Welche Vertragssprache gilt? | § 23 |
| Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen? | § 10 | Wo ist der Gerichtsstand? | § 24 |
| Wann können Sie den Beitrag erhöhen? | § 11 | Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden? | § 25 |
| Können Sie Zuzahlungen zu den laufenden Beiträgen leisten? | § 12 | | |
| Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? | § 13 | | |
| Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre fondsgebundene Rentenversicherung in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) Rentenversicherung umwandeln? | § 14 | | |

§ 1 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

- (1) Die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie bietet vor Beginn der Rentenzahlung (Aufschubzeit) Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock wird gesondert von unserem sonstigen Vermögen in Anteilen an Investmentfonds angelegt. Zur Beitragserhaltungsgarantie (vgl. § 2) werden Beitragsteile auch in unserem sonstigen Vermögen angelegt. Mit Beginn der Rentenzahlung werden die auf Ihren Vertrag entfallenden Anteile am Anlagestock entnommen und ebenfalls in unserem sonstigen gebundenen Vermögen angelegt. Ihre Versicherungsleistungen sind somit vom Wert der insgesamt gutgeschriebenen Anteileneinheiten gemäß Abs. (2) zuzüglich des ggf. auf Ihren Vertrag entfallenden Anteils an unserem sonstigen Vermögen abhängig (Deckungskapital).
- (2) Da die Wertentwicklung der Investmentfonds des Anlagestocks nicht voraussehbar ist, können wir den Wert der Leistungen nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der von Ihnen gewählten Investmentfonds einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Kursrückgang tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Bei Werten, die nicht in Euro geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage zusätzlich beeinflussen. Zum vertraglich vereinbarten Ende der Aufschubzeit wird ihr Deckungskapital grundsätzlich mindestens der Summe der eingezahlten Beiträge der Hauptversicherung entsprechen (Beitragserhaltungsgarantie).

Das Konzept der Beitragserhaltungsgarantie wird in § 2 dieser Bedingungen erläutert.

(3) Den Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteileneinheiten ermitteln wir durch Multiplikation der Zahl der Ihrer Versicherung gutgeschriebenen Anteile an den Investmentfonds mit den zum maßgeblichen Bewertungsstichtag festgestellten Rücknahmepreisen der Anteile.

(4) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Anteileneinheiten; Erträge, die ausgeschüttet werden und Steuererstattungen rechnen wir in Anteileneinheiten um und schreiben sie den einzelnen Versicherungsverträgen gut.

Rentenleistung

(5) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten – im Versicherungsschein genannten – Rentenbeginn, zahlen wir – vorbehaltlich Abs. (11) – solange die versicherte Person lebt, eine vorrutschige, monatliche Rente in Euro. Die genaue Rentenhöhe kann erst nach dem Termin des Rentenbeginns errechnet werden. Aus diesem Grund erfolgt die erste Rentenzahlung bis spätestens zum 10. des Monats nach Rentenbeginn. Alle folgenden Renten zahlen wir jeweils zum Ersten eines Monats.

(6) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn und ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die Rente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt. Alternativ dazu steht dem Anspruchsberechtigten die Möglichkeit offen, das für die noch nicht abgelaufene Rentengarantiezeit zur Verfügung stehende Deckungskapital in einer Summe ausgezahlt zu erhalten. In diesem Fall wird mit der Rentenzahlung erst nach

Ablauf der Rentengarantiezeit begonnen bzw. wird sie wieder aufgenommen, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch lebt. Die Höhe der bei Rentenbeginn garantierten Rente ändert sich dadurch nicht.

- (7) - unbesetzt -
- (8) Die Höhe der Rente können wir vor Beginn der Rentenzahlung nicht garantieren. Sie ist sowohl vom Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteilseinheiten sowie dem ggf. vorhandenen sonstigen Vermögen zum Rentenbeginn als auch von dem vereinbarten und im Versicherungsschein genannten garantierten Rentenfaktor, der die Höhe der jährlichen Rente pro 1.000 EUR Deckungskapital wiedergibt, abhängig. Zum vereinbarten Rentenbeginn wird die von da an garantierte Rente berechnet, indem der durch 1.000 EUR geteilte Wert des Deckungskapitals mit dem Rentenfaktor multipliziert wird. Der Rentenfaktor basiert auf um 30 % reduzierten Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegendem Erlebensfallcharakter, unabhängig vom Geschlecht im Verhältnis 25 % Anteil Männer und 75 % Anteil Frauen gewichtet zu einer „mittleren“ Sterbewahrscheinlichkeit. Als Rechnungszins werden 1,25 % p. a. angesetzt.
- (9) Der Rentenfaktor gilt für den vereinbarten Rentenbeginn und ist für die gesamte Vertragslaufzeit garantiert.

Sollte sich zum vereinbarten Rentenbeginn nach den dann für neue Rentenversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafeln, Rechnungszins) ein höherer Rentenfaktor ergeben, wird dieser verwendet.

- (10) Erreicht die so ermittelte Rente nicht den monatlichen Mindestbetrag von 25 EUR, wird anstelle der Rentenzahlungen eine einmalige Kapitalabfindung in Höhe des Deckungskapitals ausgezahlt.

Kapitalabfindung oder Übertragung der Anteilseinheiten

- (11) Sie können mit einer Frist von einer Woche zum nächsten Monatsersten schriftlich verlangen, dass anstelle einer Rentenzahlung eine einmalige Kapitalabfindung in Höhe des Deckungskapitals ausgezahlt wird (Kapitalwahlrecht). Die Ausübung des Kapitalwahlrechts ist frühestens ab Beginn des 6. Versicherungsjahres und spätestens einen Monat vor Beginn der Rentenzahlung möglich.
- (12) Unter Beachtung der in Abs. (11) genannten Frist können Sie verlangen, dass zum Rentenbeginn nur ein Teil des vorhandenen Deckungskapitals als Kapitalabfindung erbracht wird und aus dem restlichen Deckungskapital eine Rente gemäß Abs. (5) gebildet wird. Voraussetzung für die Restverrentung ist, dass die Mindestrente gemäß Abs. (10) erreicht wird.
- (13) Anstelle der einmaligen oder Teilkapitalabfindung als Geldleistung kann der Anspruchsberechtigte zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung verlangen, dass ihm die entsprechenden Anteilseinheiten übertragen werden. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteilseinheiten zu übertragen und den Wert gebrochener Anteilseinheiten auszuführen. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Übertragung von Anteilseinheiten, so verringert sich die Zahl der zu übertragenden Anteilseinheiten durch die Übertragungskosten. Diese Gebühr wird nach unseren Bestimmungen über Gebühren für fondsgebundene Versicherungen gemäß § 22 erhoben. Ein Deckungskapital mit einem Wert geringer als 1.000 EUR erbringen wir ausschließlich als Geldleistung.
- (14) Mit Fälligkeit der Übertragung der Anteilseinheiten bzw. mit Fälligkeit der Kapitalabfindung erlischt die Versicherung.

Todesfalleistung

- (15) Stirbt die versicherte Person vor Beginn der Rentenzahlung, so wird das bis dahin angesammelte Deckungskapital ausgezahlt. Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des siebten Lebensjahres, ist die Leistung im Todesfall auf den von der Aufsichtsbehörde jeweils festgesetzten Betrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten (§ 150 Abs. 4 VVG) beschränkt.

Stichtag für die Berechnung von Versicherungsleistungen

- (16) Im Erlebensfall werden wir die Umrechnung des Deckungskapitals in einen Geldbetrag zum Garantieterrn des Wertsicherungsfonds des letzten Versicherungsmonats der Aufschubzeit vornehmen. Bei Kündigung (vgl. § 9), Beitragsfreistellung (vgl. § 10), Teil-

auszahlung (vgl. § 3 Abs. (1)), Ausübung des Kapitalwahlrechts (Abs. (11) und Abs. (12)) und Umwandlung (vgl. § 14) werden wir die Umrechnung des Deckungskapitals in einen Geldbetrag zum Garantieterrn des Wertsicherungsfonds des letzten Versicherungsmonats, in dem die Kündigung, die Beitragsfreistellung, die Teilzahlung, die Ausübung des Kapitalwahlrechts oder die Umwandlung wirksam wird, vornehmen.

Bei Tod der versicherten Person werden wir die Umrechnung des Deckungskapitals in einen Geldbetrag unverzüglich nach Eingang der Todesfallmeldung vornehmen.

Ablaufmanagement

- (17) Sofern Ihre Anteile an den Investmentfonds nicht ausschließlich aus Anteilen an Garantiefonds bestehen, werden wir 5 Jahre vor dem vereinbarten – im Versicherungsschein genannten – Rentenbeginn, unabhängig vom Kapitalmarktverlauf, die Ihrem Vertrag gutgeschriebenen Fondsanteile der freien Fondsanlage schrittweise in den Garantiefonds DWS FlexPension umschichten (passives Ablaufmanagement). Dadurch werden die Risiken einer Wertminderung aufgrund von Kursrückgängen reduziert.

Wir werden in jedem Monat aus den von Ihnen gewählten Fonds der freien Fondsanlage 1/m des Fondsguthabens umschichten, wobei „m“ die Anzahl der restlichen Monate der Aufschubzeit zum Zeitpunkt der Umschichtung bezeichnet. Das Umschichten im Rahmen des Ablaufmanagements erfolgt jeweils zum ersten Börsentag eines jeden Monats in Frankfurt am Main. Für das Umschichten werden weder Kosten noch Ausgabeaufschläge berechnet.

Wir werden Sie spätestens sechs Wochen vor Beginn des Ablaufmanagements schriftlich auf das bevorstehende Ende der Aufschubzeit hinweisen. Sie haben jederzeit das Recht, das Ablaufmanagement mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende zu deaktivieren. Nach einer Deaktivierung haben Sie jederzeit die Möglichkeit, das Ablaufmanagement zum nächsten Monatsersten zu aktivieren.

- (18) Sollte die Umschichtung in den Garantiefonds DWS FlexPension zu Beginn oder während des Ablaufmanagements nicht mehr möglich sein (vgl. § 6 Abs. (7) Satz 1), werden wir Sie hierüber in Textform benachrichtigen. Sie haben ab Zugang dieses Benachrichtigungsschreibens sechs Wochen Gelegenheit, als Ersatz einen anderen Fonds aus unserem Angebot zu wählen, in den die Fondsanteile der freien Fondsanlage umgeschichtet werden sollen. Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt.

Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung von Ihnen zu, gilt der von uns genannte, dem betroffenen Garantiefonds am ehesten vergleichbare Fonds als von Ihnen ausgewählt. Auf diesen Fonds werden wir Sie einschließlich der Kriterien für dessen Auswahl in unserer schriftlichen Benachrichtigung ausdrücklich hinweisen.

§ 2 Wie funktioniert die Beitragserhaltungsgarantie?

- (1) Die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie basiert auf einer unmittelbaren Beteiligung an der Wertentwicklung eines so genannten Wertsicherungsfonds. Dabei handelt es sich um einen Fonds, der innerhalb bestimmter Zeiträume nur beschränkte Kursverluste erleiden kann. Der Ihrem Vertrag zu Grunde liegende Wertsicherungsfonds ist im Versicherungsschein dokumentiert.

- (2) Mit der Beitragserhaltungsgarantie sorgen wir dafür, das zum vereinbarten Rentenbeginn Ihr Deckungskapital mindestens der Summe Ihrer gezahlten Beiträge entspricht. Unsere Beitragserhaltungsgarantie gilt auch für den Fall einer Beitragsfreistellung.

Zu diesem Zweck legen wir vor Rentenbeginn Beitragsteile in dem Wertsicherungsfonds und in unserem sonstigen Vermögen an (Garantieguthaben). Innerhalb des Garantieguthabens erfolgt regelmäßig monatlich zum Garantieterrn des Wertsicherungsfonds die Aufteilung nach einem tariflich festgelegten, methodischen und die allgemein anerkannten Regeln der Versi-

cherungsmathematik berücksichtigenden Rechenverfahren auf das konventionelle Deckungskapital (sonstiges Vermögen) und den Wertsicherungsfonds so, dass nach versicherungsmathematischen Grundsätzen die dauerhafte Erfüllbarkeit der Beitragserhaltungsgarantie sichergestellt ist (Umschichtungsverfahren). Die Umschichtungen im Rahmen des Umschichtungsverfahrens sind gebührenfrei, d.h. der Wert des Deckungskapitals zum Umschichtungszeitpunkt ändert sich durch die Umschichtungen nicht.

- (3) Die Kursentwicklung des Wertsicherungsfonds kann dazu führen, dass im Garantieguthaben Mittel vorhanden sind, die nicht mehr zur Sicherstellung der Beitragserhaltungsgarantie benötigt werden. Diese Mittel stehen dann für die freie Fondsanlage zur Verfügung. Mittel, die im Rahmen des Umschichtungsverfahrens der freien Fondsanlage zugeführt werden, verbleiben dort und werden erst bei Rentenbeginn in unserem sonstigen Vermögen angelegt (§ 1 Abs. (1)). Über die Anlage der freien Fondsanlage können Sie im Rahmen der von uns angebotenen Investmentfonds selbst bestimmen und diese Aufteilung während der Vertragslaufzeit ändern (§ 6 Abs. (5)). Die Kursentwicklung des Wertsicherungsfonds kann auch dazu führen, dass die zur Sicherstellung der Beitragserhaltungsgarantie benötigten Mittel ausschließlich in unserem sonstigen Vermögen angelegt sind.
- (4) Bitte beachten Sie, dass die Beitragserhaltungsgarantie nur zum Ende der vereinbarten Aufschubzeit gilt. Sie greift nicht im Todesfall (§ 1 Abs. (15)), bei Kündigung (§ 9), bei vorzeitigem Kapitalabfindung vor Rentenbeginn (§ 1 Abs. (11)), bei vorzeitigem Rentenbeginn (§ 3 Abs. (6)), oder bei Umwandlung in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) Rentenversicherung (§ 14).
- (5) Sollten hinsichtlich des Wertsicherungsfonds erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den Wertsicherungsfonds auszutauschen.

Erhebliche Änderungen können insbesondere sein:

- Der Wertsicherungsfonds wird aufgelöst, die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilseinheiten wird eingestellt.
- Die Kapitalanlagegesellschaft, die den Fonds verwaltet, verliert ihre Zulassung für den Vertrieb von Investmentanteilen, stellt deren Vertrieb ein oder kündigt die mit uns bestehende Vertriebsvereinbarung.

Im Fall des Austausches werden wir versuchen, einen vergleichbaren Ersatz zu finden. Beim Austausch des Wertsicherungsfonds kann es zu einer erneuten Aufteilung des Garantieguthabens kommen. Ist es nicht oder nicht zeitnah möglich, einen Ersatz zu finden, wird das Garantieguthaben soweit in unser sonstiges Vermögen umgeschichtet, wie dies zur Erfüllung der Beitragserhaltungsgarantie notwendig ist. Der darüber hinausgehende Teil wird der freien Fondsanlage zugeführt.

Über einen Austausch werden wir Sie rechtzeitig schriftlich informieren.

§ 3 Welche Optionen können Sie ausüben?

Teilauszahlungen während der Aufschubzeit

- (1) Sie können eine Teilauszahlung auf die Versicherungsleistung erhalten, wenn das Deckungskapital nach der Teilauszahlung mindestens 2.500 EUR und der unter den vorgenannten Bestimmungen errechnete Teilauszahlungsbetrag mindestens 1.000 EUR beträgt. Die Wertfeststellung der Anteilseinheiten werden wir zum Stichtag gemäß § 1 Abs. (16) vornehmen. Bei einer Teilauszahlung reduziert sich die Beitragserhaltungsgarantie nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Für die Bearbeitung von Teilauszahlungen während der Aufschubzeit stellen wir Ihnen keine Gebühren in Rechnung.
- (2) Eine Rückzahlung der Teilauszahlung ist nicht möglich.
- (3) - unbesetzt -
- (4) - unbesetzt -

Auszahlungen während der Rentenbezugszeit

- (5) Sofern eine Rentengarantiezeit vereinbart ist, besteht nach Beginn der Rentenzahlung, frühestens zum Schluss des ersten Rentenzahlungsjahres die Möglichkeit, eine Teilauszahlung aus dem

Vertragsguthaben in Anspruch zu nehmen. Nach der Teilauszahlung wird das verbleibende Kapital in eine sofort beginnende Rente ohne Todesfallschutz umgewandelt. Die Neuberechnung der garantierten Rente erfolgt dabei mit unveränderten Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Sterbetafel). Dies hat üblicherweise eine Reduzierung der versicherten Rente zur Folge.

Für eine Teilauszahlung gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 2.500 EUR,
- die Höhe der Teilauszahlung ist auf den Barwert der ausstehenden garantierten Renten in der verbleibenden Rentengarantiezeit beschränkt; der Barwert entspricht den mit dem Rechnungszins der Rentenzahlungszeit abgezinsten garantierten Renten der Rentengarantiezeit,
- die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Vertragsguthaben ergibt, darf nicht unter die Mindestrente von 300 EUR jährlich sinken.

Für die Teilauszahlung erheben wir eine Gebühr nach unseren Bestimmungen über Gebühren für fondsgebundene Versicherungen mit Beitragserhaltungsgarantie gemäß § 22.

Vorzeitiger Rentenbeginn

- (6) Sie haben das Recht, bis spätestens einen Monat vor dem Ende der Aufschubzeit mit Frist von einer Woche zum nächsten Monatsersten schriftlich zu verlangen, dass der Beginn der Rentenzahlung unter Herabsetzung des Rentenfaktors gemäß § 1 Abs. (8) und (9) vorverlegt wird. Die Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) bleiben dabei unverändert. Basis für die Ermittlung der vorgezogenen Rente sind das erreichte Alter der versicherten Person und der Geldwert des Deckungskapitals, das zum vorgezogenen Rentenbeginn vorhanden ist. Die Dauer einer vereinbarten Rentengarantiezeit ändert sich durch die Vorverlegung des Rentenbeginns nicht.

Kosten entstehen Ihnen dabei nicht. Voraussetzung für eine Vorverlegung des Beginns der Rentenzahlung ist, dass die Mindestrente gemäß § 1 Abs. (10) erreicht wird.

Eine Teilkapitalabfindung zum Zeitpunkt des vorzeitigen Rentenbeginns ist unter der Voraussetzung des § 1 Abs. (12) möglich.

Flexible Zuwachsphase

- (7) Ist die flexible Zuwachsphase vereinbart, so schließt diese an die Aufschubzeit an. Die flexible Zuwachsphase endet mit Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet. Während der flexiblen Zuwachsphase können Sie
- bei beitragspflichtigen Versicherungen weiterhin den vollen, einen verminderten oder keinen Beitrag entrichten
 - bei beitragspflichtigen Versicherungen mit Frist von einem Monat zum Ende der jeweiligen Versicherungsperiode den Beginn der für diesen Zeitpunkt vereinbarten Rentenzahlung verlangen. Bei beitragsfreien Versicherungen beträgt diese Frist einen Monat.

Die Rentenfaktoren für die flexible Zuwachsphase können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Die Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) bleiben dabei unverändert.

Bitte beachten Sie, dass die Beitragserhaltungsgarantie nur zum Ende der vereinbarten Aufschubzeit gilt.

Wir werden Sie mindestens sechs Wochen vorher schriftlich über den Beginn der flexiblen Zuwachsphase informieren und Sie auffordern, uns mitzuteilen, in welche Fonds das Guthaben und die weiteren künftigen Mittel übertragen werden sollen. Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt.

Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung von Ihnen zu, werden wir zu Beginn der flexiblen Zuwachsphase die Übertragung des Guthabens und der weiteren künftigen Mittel bis zum Rentenbeginn in einen Fonds veranlassen, der den Erhalt des Kapitals bei niedrigem Risiko und üblichen

Zinserträgen erwarten lässt (z.B. Geldmarktfonds oder geldmarktnaher Fonds). Auf diesen Fonds werden wir Sie einschließlich der Kriterien für dessen Auswahl in unserer schriftlichen Benachrichtigung ausdrücklich hinweisen. Den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen ebenfalls in unseren schriftlichen Benachrichtigungen mitteilen. Wir werden Sie in unserer schriftlichen Benachrichtigung ebenfalls nochmals ausdrücklich darauf hinweisen, dass für den Fall, dass Sie sich nicht innerhalb der 6-wöchigen Frist für einen Fonds entscheiden, der von uns nach den vorstehenden Kriterien vorgeschlagene Fonds als gewählt gilt.

Der Fondswechsel ist kostenlos.

- (8) Im Todesfall während der flexiblen Zuwachphase wird eine Todesfallleistung gemäß § 1 Abs. (15) gezahlt.

Kostenverrechnung bei beitragsfreien Verträgen in der flexiblen Zuwachphase

- (9) Die für beitragsfreie Versicherungen benötigten Verwaltungskostenanteile und ggf. die Gebühr für das Management des Strategiedepots werden gemäß § 6 Abs. (1) bis zum Vertragsende dem Deckungskapital entnommen. Dies kann – bei ungünstiger Entwicklung des Werts der zugrunde liegenden Investmentfonds – dazu führen, dass das Deckungskapital vor Auszahlung einer Kapitalabfindung bzw. vor Erreichen des Rentenbeginns aufgebraucht ist. In diesem Fall erlischt der Versicherungsvertrag und damit der Versicherungsschutz. Hierüber werden wir Sie informieren.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Abs. (2)).

§ 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer fondsgebundenen Rentenversicherung sind als Einmalbetrag oder in Form von laufenden Beiträgen für jede Versicherungsperiode in Euro zu entrichten. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Beitragszahlungsweise und kann je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein.
- (2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind zum Beginn der jeweiligen Versicherungsperiode an uns zu zahlen.
- (3) Die Beiträge zahlen Sie ausschließlich im Lastschriftverfahren. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab.
- (4) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn der Beitrag zu dem in Abs. (2) genannten Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- (5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.
- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
- (7) Die Beiträge sind bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person, zu entrichten.

§ 6 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

- (1) Ihre Beiträge für die Hauptversicherung, soweit sie nicht zur Deckung von Kosten vorgesehen sind, verzinsen wir vom Tag des Geldeingangs an taggenau – wobei wir für jeden Kalendermonat 30 Zinstage zu Grunde legen – mit dem tariflichen Garantiezins-

satz von 1,25 % p.a. und führen im Rahmen des Umschichtungsverfahrens (§ 2 Abs. (2)) entsprechend dem für die Beitragserhaltungsgarantie (vgl. § 2) erforderlichen Verhältnis und den mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen über die freie Fondsanlage (§ 2 Abs. (3)) dem Anlagestock bzw. unserem sonstigen Vermögen gemäß § 1 Abs. (1) zu. Die in unserem sonstigen Vermögen angelegten Teile der Beiträge verzinsen wir mit dem tariflichen Garantiezinssatz von 1,25 % p.a.. Die aufgelaufenen Zinsen werden monatlich zu dem Garantietermen des Wertsicherungsfonds in das Umschichtungsverfahren gemäß § 2 Abs. (2) mit einbezogen. Zum Garantietermen des Wertsicherungsfonds werden tarifliche Kosten entnommen. Eine Umrechnung in Anteilseinheiten erfolgt gemäß Abs. (2). Die bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag sowie bei beitragsfreien Versicherungen kalkulierten Kosten für den Versicherungsbetrieb entnehmen wir monatlich zum Garantietermen des Wertsicherungsfonds dem Deckungskapital. Wenn Sie ein Strategiedepot gemäß Abs. (4) gewählt haben, entnehmen wir Ihrem Deckungskapital ferner, einmal im Jahr auf Basis des Deckungskapitals zum Stichtag 31.12., die Gebühr für das Management des Strategiedepots. Sollte nicht während des gesamten Kalenderjahres Deckungskapital in einem Strategiedepot gehalten worden sein, berechnen wir die Gebühr anteilig. Bei Kündigung bzw. im Jahr der ersten Rentenzahlung erfolgt die Gebühr auf Basis des Deckungskapitals zum jeweiligen Stichtag (§ 1 Abs. (16)). Die Höhe der Gebühr können Sie der jeweils aktuellen „Fonds-Übersicht“ entnehmen, die Sie jederzeit bei uns anfordern können.

- (2) Der entsprechend dem für die Beitragserhaltungsgarantie (vgl. § 2) erforderlichen Verhältnis und den mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen über die freie Fondsanlage (§ 2 Abs. (3)) zur Anlage bestimmte Teil des Beitrages wird in Anteilen des Anlagestocks angelegt. Bei der Umrechnung in Anteilseinheiten wird der zum Zeitpunkt des Umschichtungsverfahrens festgestellte Anteilpreis zugrunde gelegt. Ein Ausgabeaufschlag wird nicht erhoben, solange wir von der entsprechenden Investmentgesellschaft den Fonds ohne Ausgabeaufschlag angeboten bekommen.
- (3) Die Auswahl der verschiedenen Investmentfonds der freien Fondsanlage und die Festlegung der prozentualen Aufteilung können Sie selbst vornehmen (individuelle Fondsauswahl). Sie können dabei gleichzeitig maximal 5 Investmentfonds besparen. Bei der Festlegung Ihrer Fondsauswahl muss der Anteil pro gewähltem Investmentfonds mindestens 10 % betragen. Entscheiden Sie sich für eines der angebotenen Strategiedepots, so ist dieses ausschließlich zu 100 % auswählbar. Eine Liste der möglichen Fonds und Strategiedepots finden Sie in der „Fonds-Übersicht“.
- (4) Die Auswahl und die Festlegung der prozentualen Aufteilung der Investmentfonds erfolgt für die Strategiedepots durch einen Anlageausschuss. Indem Sie ein bestimmtes Strategiedepot auswählen, ermächtigen Sie die uniVersa Lebensversicherung a.G., im Rahmen der Anlagerichtlinie des Strategiedepots Umschichtungen vorzunehmen.
- (5) Im Rahmen der freien Fondsanlage gemäß § 2 Abs. (3) können Sie innerhalb von 12 Monaten bis zu zwölfmal eine kostenlose Änderung der von Ihnen bestimmten Investmentfonds oder des Strategiedepots verlangen (Fondswechsel). Sie können hierbei aus allen zum Zeitpunkt des Wechsels für diesen Tarif zulässigen Investmentfonds und Strategiedepots auswählen.

Für einen Fondswechsel bestehen folgende Möglichkeiten:

- a) Ihr vorhandenes freies Fondsguthaben wird entsprechend der neu festgelegten Verteilung umgeschichtet.
- b) Ihre künftigen Sparbeiträge für die freie Fondsanlage werden entsprechend der neu festgelegten Verteilung angelegt.
- c) Es werden sowohl Ihr vorhandenes freies Fondsguthaben als auch Ihre künftigen Sparbeiträge für die freie Fondsanlage entsprechend der neu festgelegten Verteilung umgeschichtet bzw. angelegt.

Ist ein Einmalbeitrag vereinbart, erfolgt ein Fondswechsel ausschließlich nach Möglichkeit a). Ein Fondswechsel in Verbindung mit einem Strategiedepot erfolgt ausschließlich nach Möglichkeit c).

Die Anzahl der Investmentfonds, die in Ihrem Depot gleichzeitig gehalten werden können, ist unbegrenzt.

Die Umrechnung des Guthabens werden wir bei einem Fondswechsel nach den Abs. a) oder c) nach Eingang Ihres schriftlichen

Auftrages unverzüglich vornehmen. Wünschen Sie den Fondswechsel zu einem späteren Termin, ist der Anteilspreis des Börsentages, zu welchem Sie die Änderung wünschen, maßgebend. Fällt Ihr Wunschtermin auf einen börsenfreien Tag, gilt der letzte Börsentag davor.

- (6) Ab dem dreizehnten Fondswechsel innerhalb von 12 Monaten wird eine Gebühr nach unseren Bestimmungen über Gebühren für fondsgebundene Versicherungen gemäß § 22 erhoben.
- (7) Die Schließung, Auflösung oder Zusammenlegung von Fonds, die Einstellung von An- oder Verkauf, sind Beispiele von Vorgängen, die Auswirkungen auf die Fondsanlage haben, die aber von uns nicht beeinflusst werden können.

Sollte die Anlage künftiger Beiträge in einen gewählten Fonds oder das Halten von Anteilen an einem gewählten Fonds nicht mehr möglich sein, werden wir Sie hierüber schriftlich benachrichtigen. Sie haben ab Zugang dieses Benachrichtigungsschreibens sechs Wochen Gelegenheit, als Ersatz andere Fonds aus unserem Angebot zu wählen, in die das Fondsguthaben des betroffenen Fonds umgeschichtet werden soll und in die an Stelle des betroffenen Fonds künftig die Beiträge angelegt werden sollen.

Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt. Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung von Ihnen zu, gilt der von uns genannte, dem betroffenen Fonds am ehesten vergleichbare Fonds als von Ihnen ausgewählt. Auf diesen Fonds werden wir Sie einschließlich der Kriterien für dessen Auswahl in unserer schriftlichen Benachrichtigung ausdrücklich hinweisen. Den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen ebenfalls in unseren schriftlichen Benachrichtigungen mitteilen.

Wir werden Sie in unserer schriftlichen Benachrichtigung nochmals ausdrücklich darauf hinweisen, dass für den Fall, dass Sie sich nicht innerhalb der 6-wöchigen Frist für einen Fonds entscheiden, der von uns nach den vorstehenden Kriterien vorgeschlagene Fonds als gewählt gilt. Der Fondswechsel ist kostenlos.

§ 7 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Erst- oder Einmalbeitrag (Einlösungsbeitrag, § 37 VVG)

- (1) Wird der Erst- oder Einmalbeitrag (Einlösungsbeitrag) nicht rechtzeitig gezahlt, so können wir – solange die Zahlung nicht erfolgt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wurde, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen und Auskünfte verlangen.
- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag (§ 38 VVG)

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Außerdem sind wir dann berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Ein vermindertes Versicherungsschutz bleibt nur dann bestehen, wenn sich gemäß § 10 Abs. (4) Satz 3 eine beitragsfreie Versicherungsleistung ergibt.

Gestaltungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

- (4) Bei Zahlungsschwierigkeiten bieten wir Ihnen auf schriftlichen Antrag unter Beachtung der Voraussetzungen des § 10 folgende Möglichkeiten, Ihre finanzielle Belastung zu reduzieren:
- a) Beitragsherabsetzung: Sie können verlangen, den Beitrag herabzusetzen (vgl. § 8).
- b) Beitragsfreistellung: Sie können verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragspflicht befreit zu werden (vgl. § 10).
- (5) Nach Ende der Beitragsfreistellung unter der Voraussetzung des § 10 Abs. (6) können Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzahlen oder in Form eines Mehrbeitrages für die restliche Aufschubzeit ausgleichen. Für nachzuzahlende Beiträge gilt § 6 Abs. (2) entsprechend.

Bei Beitragsfreistellung der Hauptversicherung erlischt eine eventuell eingeschlossene Zusatzversicherung mit Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Kapitalzahlung bei Invalidität zu einer aufgeschobenen oder fondsgebundenen Rentenversicherung (BU-Opti) gemäß § 6 Abs. (3) der für diese Versicherung geltenden Besonderen Bedingungen.

(6) Beitragsstundung

Sie haben einmal während der gesamten Vertragslaufzeit unter folgenden Voraussetzungen gegen Zahlung eines Stundungszinses Anspruch auf eine Stundung der Beiträge bis zu 24 Monaten bei vollem Versicherungsschutz:

- Die Beiträge für die ersten drei Versicherungsjahre sind vollständig gezahlt.
- Die restliche verbleibende Beitragszahlungsdauer beträgt nach Ablauf der Stundung mindestens 10 Jahre.
- Das Deckungskapital ist höher als die zu stundenden Beiträge.
- Es besteht kein Beitragsrückstand.
- Der Vertrag ist zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs nicht gekündigt.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich, in der auch die Höhe des Stundungszinses vereinbart wird.

Nach Vereinbarung haben Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen. Ist in Ihrem Vertrag keine Zusatzversicherung eingeschlossen, haben Sie zudem alternativ die Möglichkeit, höhere laufende Beiträge bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer zu entrichten.

Für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen gelten – sofern in den jeweiligen Besonderen Bedingungen keine gesonderten Vereinbarungen getroffen wurden – für den Fall der Beitragsstundung die vorstehenden Regelungen.

§ 8 Wann können Sie den Beitrag reduzieren?

- (1) Sind laufende Beitragszahlungen vereinbart, können Sie jederzeit schriftlich verlangen, mit einer Frist von einer Woche zum Ablauf der laufenden Versicherungsperiode gemäß § 5 Abs. (1), den Beitrag zu Ihrer Versicherung zu reduzieren. Eine Beitragsreduzierung ist jedoch nur möglich, wenn der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich nicht unterschreitet.
- (2) Eine Beitragsreduzierung ist mit Nachteilen verbunden, weil dies zu einer Reduzierung der Leistungen führt.
- (3) Die Beitragsreduzierung kann nur erfolgen, soweit unter Berücksichtigung von Beitragsrückständen ein positiver Rückkaufwert verbleibt.

§ 9 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Ablauf der laufenden

Versicherungsperiode gemäß § 5 Abs. (1) – jedoch nur vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente – ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den jährlichen Mindestbetrag unterschreitet. Auf die Unwirksamkeit Ihrer Kündigung werden wir Sie hinweisen. Wollen Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden, müssen Sie also ganz kündigen. Der jährliche Mindestbeitrag beträgt 300 EUR.

Rückkaufswert

- (3) Nach Kündigung haben wir gemäß § 169 VVG den Rückkaufswert zu erstatten. Der Rückkaufswert ist der nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Zeitwert der Versicherung. Dieser entspricht dem Wert des Deckungskapitals gemäß § 1 Abs. (3) zum Stichtag nach § 1 Abs. (16). Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens der Zeitwert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufswert). Dies gilt nicht bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag sowie bei Zuzahlungen gemäß § 12. In diesen Fällen werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Zeitpunkt der jeweiligen Zahlung vom Deckungskapital in einem Betrag in Abzug gebracht werden. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall werden die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachtet.

Abzug

Rückständige Beiträge werden vom Rückkaufswert abgezogen. Ein sog. Stornoabzug nach § 169 Abs.5 VVG wird nicht vorgenommen.

- (4) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Der Rückkaufswert erreicht nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch die Abschluss- und Vertriebskosten gemäß § 15 finanziert werden. Darüber hinaus hängt der Rückkaufswert vom Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteileinheiten ab.**
- (5) Eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
- (6) Anstelle der Auszahlung des Rückkaufswertes gemäß § 9 Abs. (3) als Geldleistung können Sie bis zum wirksam werden der Kündigung eine Übertragung der Anteileinheiten verlangen. Für die Übertragung gelten die Vorschriften von § 1 Abs. (13) entsprechend.

§ 10 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

- (1) Sie können jederzeit schriftlich verlangen zum Ablauf der laufenden Versicherungsperiode gemäß § 5 Abs. (1) ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (Beitragsfreistellung).
- (2) **Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Der Wert des bei Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals erreicht nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch die Abschluss- und Vertriebskosten gemäß § 15 finanziert werden. Darüber hinaus hängt der Wert des zur Verfügung stehenden Deckungskapitals vom Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteileinheiten ab. Die Beitragserhaltungsgarantie gemäß § 2 gilt jedoch auch im Falle der Beitragsfreistellung zum vertraglich vereinbarten Rentenbeginn.**

- (3) - unbesetzt -

Abzug

- (4) Bei einer Beitragsfreistellung wird das nach § 9 Abs. (3) berechnete Deckungskapital Ihrer Versicherung um rückständige Beiträge herab gesetzt. Ein sog. Stornoabzug nach § 169 Abs.5 VVG wird nicht vorgenommen.

- (5) Unterschreitet bei einer Beitragsfreistellung das in Abs. (4) genannte Deckungskapital den Mindestbetrag von 2.500 EUR, so erlischt der Vertrag. Sie erhalten in diesem Fall – soweit vorhanden – den Rückkaufswert gemäß § 9 Abs. (3). Eine teilweise Beitragsfreistellung ist jedoch nur möglich, wenn der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich nicht unterschreitet.

(6) Wiederaufnahme der Beitragszahlung zu einer beitragsfrei gestellten Versicherung

Nach Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie jederzeit verlangen, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen, sofern die Wiederaufnahme innerhalb von drei Jahren seit dem Zeitpunkt der ganzen oder teilweisen Beitragsfreistellung erfolgt. Ansonsten ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlungspflicht nach einer Beitragsfreistellung ausgeschlossen.

- (7) Für die Umrechnung der nachgezählten Beiträge in Anteileneinheiten gilt § 6 Abs. (2) entsprechend.

§ 11 Wann können Sie den Beitrag erhöhen?

- (1) Sie haben unter Berücksichtigung von Abs. (5) und Abs. (6) das Recht, mit einer Frist von einer Woche zum Jahrestag des Versicherungsbeginns (Hauptfälligkeit) Ihres Vertrages schriftlich zu verlangen, Ihren bisherigen, laufenden Beitrag zu erhöhen.

- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Es gelten die „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie“ des bestehenden Vertrages. Der für die Erhöhung geltende Rentenfaktor basiert auf den dann für das Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen für fondsgebundene Rentenversicherungen.

- (3) - entfällt -

- (4) Die Versicherungsleistungen ggf. abgeschlossener Zusatzversicherungen werden bei der Beitragserhöhung nicht erhöht.

- (5) Die Beitragserhöhung wird für die gesamte verbleibende Beitragszahlungsdauer des bereits bestehenden Versicherungsvertrages abgeschlossen, wobei die verbleibende Beitragszahlungsdauer mindestens 10 Jahre betragen muss.

- (6) Die Summe der jährlich zu zahlenden Beiträge der Beitragserhöhung muss – ohne Berücksichtigung von ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen – mindestens 300 EUR betragen.

- (7) Von der Möglichkeit der Beitragserhöhung können Sie während der Vertragslaufzeit mehrfach Gebrauch machen, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. (1), (5) und (6) eingehalten werden.

§ 12 Können Sie Zuzahlungen zu den laufenden Beiträgen leisten?

- (1) Sie haben das Recht, mit einer Frist von einer Woche zum darauf folgenden Monatsersten, schriftlich zu verlangen zusätzlich zur laufenden Beitragszahlung oder zum vereinbarten Einmalbeitrag Zuzahlungen zu Ihrem Versicherungsvertrag zu leisten.

- (2) Die Zuzahlung bewirkt eine Erhöhung des Deckungskapitals Ihrer Versicherung. Für die Zuzahlung gelten die „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie“ des bestehenden Vertrages. Der für die Zuzahlung geltende Rentenfaktor basiert auf den zum Zuzahlungszeitpunkt für das Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen für fondsgebundene Rentenversicherungen.

- (3) - entfällt -

- (4) Die Versicherungsleistungen etwaiger abgeschlossener Zusatzversicherungen werden durch die Zuzahlung nicht erhöht.

- (5) Eine Zuzahlung muss spätestens 3 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn erfolgen. Die Zuzahlung muss mindestens 500 EUR und darf höchstens 50.000 EUR betragen.

- (6) Von der Möglichkeit der Zuzahlung können Sie während der Vertragslaufzeit mehrfach Gebrauch machen, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. (1) und (5) eingehalten werden.

§ 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie als Versicherungsnehmer 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.
- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. (2)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert (§ 9 Abs. (3)). Die Regelung des § 9 Abs. (3) Satz 4 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 10).

Rückwirkende Vertragsanpassung

- (9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
- (10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- (11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich 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 innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

- (12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

- (13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeh Entscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Abs. (5) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- (15) Die Abs. (1) bis (14) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Abs. (13) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- (16) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, aus. 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 den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.
- (17) Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Anwendung des § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 VVG.

§ 14 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) Rentenversicherung umwandeln?

- (1) Sie können Ihre fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie durch schriftliche Erklärung mit Frist von einem Monat zum Schluss einer jeden Versicherungsperiode (vgl. § 5 Abs. (1)), frühestens zum Ende des fünften Versicherungsjahres, in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene Rentenversicherung umwandeln.
- (2) Bei der Umwandlung bleiben Ihre Beitragszahlungsweise und die Höhe Ihres Beitrages unverändert. Auch der bisher vorgesehene Beginn der Rentenzahlung ändert sich nicht. Die Versicherungsleistungen berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis des von uns zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang gültigen Rententarifs. Dabei legen wir das Deckungskapital (§ 1 Abs. (3) zum Stichtag nach § 1 Abs. (16)) zu Grunde.

§ 15 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

- (1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese so genannten Abschluss- und Vertriebskosten sind pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen sie die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen (vgl. § 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen).

- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag und bei Zuzahlungen gemäß § 12 werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Zeitpunkt der jeweiligen Zahlung in einem Betrag dem Deckungskapital entnommen.
- (3) Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung die Abschluss- und Vertriebskosten den zur Anlage bestimmten Teil des Beitrags gemäß § 6 Abs. (1) mindern. Daher sind in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge für einen Rückkaufwert oder zur Beitragsfreistellung vorhanden.

§ 16 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrages vor Rentenbeginn ist die Entwicklung des Sondervermögens gemäß § 1 Abs. (1), an dem Sie unmittelbar beteiligt sind. Darüber hinaus beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung), die jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt werden. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Aus den nachfolgend dargestellten Grundsätzen zur Beteiligung an den Überschüssen ergeben sich jedoch keine Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an diesen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung der Versicherungsnehmer am Überschuss

(a) Nach Rentenbeginn stammen die Überschüsse im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen des sonstigen Vermögens (vgl. § 1 Abs. (1)). Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere dann, wenn Lebenserwartung und Kosten niedriger sind, als bei der Tarifrückkalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Lebenserwartung) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im

Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschüsse der Versicherungsnehmer einschließlich der durch § 153 VVG vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56 b des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56 b VAG können wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Interesse der Versicherten auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Wenn wir die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Soweit auf §§ 153 VVG, 56b VAG und §§ 3,4 sowie 5 der Mindestrückstellungsverordnung Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2015 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahme erstreckt sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzende Vorschriften.

(b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Die Zuteilung erfolgt bei Beendigung des Vertrages, bei Beendigung der Ansparphase sowie während der Rentenbezugszeit.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Weitere Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im „Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungs-garantie“.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss

Beteiligung am Überschuss vor dem Rentenbeginn

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Fondsgebundene Rentenversicherung-2015“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Lebensversicherung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsnehmer getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten folgende Regelungen:

- a) Mit jeder Beitragszahlung erhält Ihre Versicherung Beitragsüberschussanteile in Prozent des Beitrags für die Hauptversicherung.
- b) Zum Ende eines jeden Monats erhält Ihre Versicherung Zinsüberschussanteile in Prozent des ggf. auf Ihren Vertrag entfallenden Anteils an unserem übrigen Vermögen.
- c) Zu jedem Monatsanfang erhält Ihre Versicherung Kostenüberschussanteile, die in Promille des Fondsguthabens zum Ende des vorhergehenden Monats bemessen werden.

Die zugeteilten Überschüsse werden gemäß § 6 Abs. (1) und (2) in Fondsanteile aus dem freien Fondsvermögen umgerechnet.

Beteiligung am Überschuss ab dem Rentenbeginn

Ab dem Rentenbeginn gehört Ihre Versicherung zum Gewinnverband „Rentenversicherungen-2015“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung mit überwiegendem Er-

lebensfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Lebensversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Für die während der Rentenbezugszeit entstehenden Überschüsse können sie alternativ zwischen zwei Überschussbeteiligungssystemen wählen. Die Wahl kann bis spätestens drei Monate vor Rentenbeginn getroffen werden. Wird nichts vereinbart, so werden die Überschüsse nach Modell Bonusrente verwendet. Ein Wechsel der Modelle während der Rentenbezugszeit ist nicht möglich.

a) Bonusrente

Die Überschüsse werden als Einmalbeitrag zur Erhöhung der versicherten Rente nach den dann für den Neuzugang zugrunde zu legenden Rechnungsgrundlagen verwendet. Die erste Rentenerhöhung erfolgt mit der ersten Rentenzahlung. Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile hat keine Auswirkungen auf die Höhe der erreichten Bonusrente.

b) Sofortrente

Die Überschüsse werden nach den dann für den Neuzugang zugrunde zu legenden Rechnungsgrundlagen für eine bei unveränderter Höhe der Überschussbeteiligung konstante Überschussrente verwendet. Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile führt zu einer Erhöhung bzw. Reduzierung der Überschussrente.

Veröffentlichung der Überschussanteilsätze

Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(3) Informationen über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor vor Rentenbeginn ist dabei die Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Nach Rentenbeginn treten die Erträge aus den sonstigen Kapitalanlagen hinzu. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

Die Ermittlung der garantierten Rentenfaktoren bei Vertragsabschluss erfordert eine vorsichtige Tarifikalkulation, bei der Veränderungen der Kapitalmärkte, eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten berücksichtigt werden müssen. Wenn sich Umstände, die der Kalkulation zugrunde lagen, wesentlich ändern (z. B. Erhöhung der allgemeinen Lebenserwartung, nicht nur vorübergehend sinkende Renditen der Kapitalanlagen am Kapitalmarkt) und dies bei Vertragsabschluss nicht vorhersehbar war und wir deswegen weitere Rückstellungen bilden müssen, sind wir berechtigt, die künftigen laufenden Überschussanteile Ihres Vertrages hierfür heranzuziehen. Garantierte Leistungen bleiben davon unberührt.

Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

§ 17 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird? Verjährung.

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheines. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung bzw. der Einmalbeitragszahlung verlangen.
- (2) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen und durch eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende, Sterbeurkunde zu belegen.
- (3) Außerdem sind uns folgende Unterlagen einzureichen:
 - wenn Leistungen wegen des Todes einer versicherten Person fällig werden: ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.
 - wenn Rentenleistungen oder Kapitalabfindungen fällig werden: ein amtliches, den Tag der Geburt enthaltendes Zeugnis

darüber, dass die Person, von deren Leben die Rentenzahlung abhängt, noch lebt. Ein solches Zeugnis können wir auch vor jeder weiteren Rentenzahlung, allerdings nur einmal pro Kalenderjahr, verlangen. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

- (4) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
- (5) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
- (6) Unsere Geldleistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (7) Bei Leistungen in Anteilen hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt Abs. (6) entsprechend.
- (8) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu welchem dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform zugeht (§ 15 VVG).

§ 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere mit befreiender Wirkung für uns Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 19 Abs. (4) brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Widerrufliches Bezugsrecht

- (1) Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Tod kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

Unwiderrufliches Bezugsrecht

- (2) Sie können nur schriftlich ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Sie können Ihre Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen und Rechten aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Verfügungsberechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

Rechtsübergang im Wege der Erbfolge

- (5) Gehen Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag infolge des Todes einer berechtigten Person auf deren Erben über, so können wir zum Nachweis des Erbrechts die Vorlage eines Erbscheines verlangen.

§ 20 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten.

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. (1) entsprechend.
- (3) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (4) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz (3) sind nach der bei Vertragsabschluss geltenden Rechtslage insbesondere alle Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie den für Ihren Vertrag geltenden Steuerinformationen entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

§ 21 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

- (1) Ab dem zweiten Versicherungsjahr erhalten Sie von uns einmal jährlich ein Jahresreporting zu Ihrem Vertrag. Sie können dieser Mitteilung den Wert der Ihnen gutgeschriebenen Anteilseinheiten sowie den Wert des Deckungskapitals entnehmen. Sie können aber auch unabhängig von diesen Mitteilungen zu jeder anderen Zeit den Wert des Deckungskapitals Ihrer Versicherung bei uns erfragen.
- (2) Der Wert einer Anteilseinheit wird für viele der zur Verfügung stehenden Investmentfonds börsentäglich in deutschen Tageszeitungen, in der Wirtschaftspresse oder auch im Videotext von ARD / ZDF veröffentlicht.

§ 22 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Wird aus von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht, so können wir Ihnen die daraus entstehenden Kosten als pauschale Abgeltungsgebühr in Rechnung stellen.

Die gültigen pauschalen Abgeltungsgebühren entnehmen Sie bitte den „Bestimmungen über Gebühren zur fondsgebundenen Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie“, die als Anhang beigefügt sind. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die der pauschalen Abgeltungsgebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder die Kosten wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt sie bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? Welche Vertragssprache gilt?

- (1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- (2) Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die örtliche gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 25 Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden?

- (1) Gemäß § 164 VVG können wir eine Bestimmung in den vorstehenden Bedingungen, welche durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist, durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Diese neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (2) Die neue Regelung nach Abs. (1) wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU15)

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Was ist versichert? | § 1 | Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? | § 13 |
| Was sind Berufsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen? | § 2 | Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit? | § 14 |
| Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt? | § 3 | Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit? | § 15 |
| Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? | § 4 | Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? | § 16 |
| In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? | § 5 | Wer erhält die Versicherungsleistung? | § 17 |
| Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? | § 6 | Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? | § 18 |
| Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? | § 7 | Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? | § 19 |
| Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | § 8 | Wo ist der Gerichtsstand? | § 20 |
| Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? | § 9 | Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden? | § 21 |
| Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet? | § 10 | Können Ihre Beiträge angepasst werden? | § 22 |
| Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit verlangt werden? | § 11 | Was gilt bei Änderungen Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten. | § 23 |
| Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall? | § 12 | Bis wann können Ansprüche bzw. bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden? Verjährung | § 24 |

§ 1 Was ist versichert?

Leistungen bei Berufsunfähigkeit

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir - längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer - folgende Leistungen, sofern diese mitversichert sind:

a) Beitragsbefreiung

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

b) Berufsunfähigkeitsrente

Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Tritt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während des Monats ein, erfolgt eine anteilige Zahlung.

c) Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente

Erhöhung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente entsprechend dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein dokumentierten Dynamiksatze. Die Erhöhungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, erstmals zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit als 50 % besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

- (2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeitsversicherung pflegebedürftig im Sinne des § 2 Abs. (10) – (16) und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, so erbringen wir dennoch - längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer - die unter Abs. (1) a) bis c) genannten Versicherungsleistungen.

Leistungen bei Einschluss einer zusätzlichen Pflegerente - SBU Pflegeplus

- (3) Haben Sie mit uns eine zusätzliche Pflegerente (SBU Pflegeplus) vereinbart, erbringen wir bei Vorliegen der Voraussetzungen

des § 2 Abs. (10) – (16) ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit zusätzlich neben der Berufsunfähigkeitsrente eine Pflegerente in vereinbarter Höhe, solange die versicherte Person lebt.

Zudem erhöht sich die Pflegerente bei Dynamisierung der Berufsunfähigkeitsrente nach Abs. (1) c) im prozentual vereinbarten Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsrente. Die Dynamisierung der Pflegerente endet mit Ablauf der Leistungsdauer aus der Berufsunfähigkeitsrente, unabhängig davon, ob infolge Pflegebedürftigkeit weiterhin die Pflegerente geleistet wird.

Die Höhe der dann zu leistende Pflegerente bemisst sich in diesem Fall nach dem vereinbarten prozentualen Verhältnis zur zuletzt versicherten Berufsunfähigkeitsrente.

Für die Zahlungsmodalitäten gilt Abs. (1) b) entsprechend.

Entstehen der Ansprüche

- (4) Der Anspruch auf die Beitragsbefreiung (Abs. (1) a)) und eine vereinbarte Pflegerente (Abs. 3) besteht ab dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit bzw. die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente ((1) b)) entsteht, sofern keine Karenzzeit vereinbart wurde, ebenfalls ab dem Tag, an dem Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Karenzzeit

Ist eine Karenzzeit vereinbart, so entsteht der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente erst mit dem Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit nach § 2 während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert.

Die Karenzzeit beginnt an dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wir erbringen die Rentenleistung nur und erst für die Zeit nach Ablauf der Karenzzeit. Während der Karenzzeit besteht kein Leistungsanspruch aus der Berufsunfähigkeitsrente.

Endet die Berufsunfähigkeit und tritt danach innerhalb von 24 Monaten erneut aufgrund derselben medizinischen Ursache Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Die vereinbarte Karenzzeit findet nur auf die Rentenleistung aus der Berufsunfähigkeitsrente, nicht auch auf die Beitragsbefreiung oder eine vereinbarte Pflegerente Anwendung.

Erlöschen des Anspruchs

- (5) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente erlischt, wenn
- a) der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt,
 - b) eine andere Tätigkeit nach § 2 Abs. (3) konkret ausgeübt wird,
 - c) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit nach § 2 Abs. (10) – (16) wegfällt,
 - d) zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,
 - e) die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles Student war und sie eine andere Tätigkeit nach § 2 Abs. (8) ausüben kann,
 - f) im Fall des § 2 Abs. (5) das vollständige Tätigkeitsverbot bzw. Beschäftigungsverbot wieder aufgehoben wird,
 - g) die vertragliche Leistungsdauer endet.

Der Anspruch auf die Pflegerente erlischt,

- a) zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,
- b) wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Abs. (10) – (16) mehr vorliegt.

Beitragszahlung während der Anspruchsprüfung

- (6) Bis zu unserer Erklärung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Auf Ihren schriftlichen Antrag hin werden wir die Beiträge zinslos stunden

- a) bis zu unserer Erklärung über die Leistungspflicht;
- b) im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung bis zur rechtskräftigen Entscheidung, längstens jedoch für die Dauer von 5 Jahren ab Zugang Ihrer Leistungsanforderung.

Die Stundung endet

- bei a) mit Zugang unserer Leistungsablehnung;
- bei b) mit rechtskräftiger Beendigung des gerichtlichen Verfahrens, spätestens mit Ablauf der Fünfjahresfrist.

Zum Ablauf der Stundung sind alle bis dahin ausstehenden Beiträge unverzüglich nachzuzahlen. Gleichzeitig ist die Beitragszahlung wieder aufzunehmen.

Sofern die Zahlung der gestundeten Beiträge in einer Summe nicht möglich sein sollte, kann auf Ihren Antrag hin

- ein Ausgleich durch Verrechnung mit dem Deckungskapital oder den Überschussanteilen, sofern in ausreichender Höhe vorhanden oder
- eine Ratenzahlung über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten

vereinbart werden.

- (7) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 3).

Auslandsaufenthalt

- (8) Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Dies gilt auch, wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen.

Wiedereingliederungshilfe

- (9) Hat die versicherte Person mindestens zwei Jahre ununterbrochen eine Berufsunfähigkeitsrente nach Abs. (1) b) bezogen, und stellen wir die Rentenzahlung ein, weil Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (Wiedereingliederung), zahlen wir als Einmalbetrag eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe der sechsfachen versicherten Monatsrente, max. insgesamt 9.000 EUR, höchstens jedoch den Betrag, der bei fortbe-

stehender Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Leistungsdauer noch zu zahlen wäre. Anstelle des Einmalbetrages zahlen wir die Wiedereingliederungshilfe auf Antrag monatlich für die Dauer von sechs Monaten, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer bzw. bis zum Tod der versicherten Person. Die Höhe der monatlichen Wiedereingliederungshilfe entspricht der Berufsunfähigkeitsrente, max. aber 1.500 EUR pro Monat.

Tritt innerhalb eines Jahres nach Wiedereingliederung erneut Berufsunfähigkeit aus denselben medizinischen Gründen ein und wird deshalb wieder eine Leistung erbracht, wird die gezahlte Wiedereingliederungshilfe darauf angerechnet.

Die Wiedereingliederungshilfe kann nur einmal während der gesamten Vertragsdauer in Anspruch genommen werden.

Nachversicherungsgarantie

- (10) Sie haben das Recht, für die versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung eine weitere Berufsunfähigkeitsversicherung nach den dann für das Neugeschäft geltenden Versicherungsbedingungen abzuschließen (Nachversicherungsgarantie). Wurden Leistungsausschlüsse, Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen, so gelten diese auch für den neu abzuschließenden Vertrag.

Die Laufzeit der neu abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherung darf nicht länger sein, als die des Ursprungsvertrages.

Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie ist möglich:

- a) wenn sich das jährliche Nettoarbeitseinkommen der versicherten Person um mindestens 3.000 EUR erhöht. Als Stichtag für die Einkommenserhöhung gilt bei Arbeitnehmern der Erste des Monats, in dem die Gehaltserhöhung in Kraft tritt; bei Selbständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem die versicherte Person die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat;
- b) jeweils nach Ablauf von fünf Kalenderjahren (= Stichtag), gerechnet ab dem Tag des Versicherungsbeginns, wenn sich innerhalb des jeweiligen Fünfjahreszeitraums das jährliche Nettoarbeitseinkommen der versicherten Person um mindestens 6.000 EUR erhöht hat. Der erste Fünfjahreszeitraum beginnt mit dem ursprünglich vereinbarten Versicherungsbeginn, die weiteren schließen sich daran im Abstand von jeweils fünf Jahren an;
- c) bei Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach § 1 LPaTG der versicherten Person;
- d) bei Geburt eines Kindes der versicherten Person;
- e) bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person;
- f) bei Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach § 15 LPaTG der versicherten Person vom Ehe- oder Lebenspartner;
- g) bei Wechsel der versicherten Person in die berufliche Selbstständigkeit;
- h) bei Befreiung des selbstständigen Handwerkers (versicherte Person) von der Versicherungspflicht in der allgemeinen Rentenversicherung zu dem Zeitpunkt, in dem die Mindestversicherungspflicht erfüllt ist;
- i) bei Bestehen der Meisterprüfung der versicherten Person;
- j) wenn die versicherte Person eine betriebliche Berufsausbildung (duales System) in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf, in der eine Ausbildungsvergütung gewährt wird, erfolgreich abschließt;
- k) wenn die versicherte Person eine schulische Berufsausbildung mit staatlich anerkanntem Abschluss, in der eine Ausbildungsvergütung gewährt wird, erfolgreich abschließt;
- l) bei Ernennung der versicherten Person zum Beamten auf Lebenszeit;
- m) bei erfolgreichem Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums der versicherten Person;

- n) bei erstmaligem Überschreiten der Beitragsbemessungs-grenze in der gesetzlichen Rentenversicherung;
- o) Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk;
- p) bei Erwerb einer selbst genutzten Immobilie (Kaufpreis mind. 50.000 EUR) durch die versicherte Person;
- q) bei Reduzierung oder Wegfall einer Berufsunfähigkeitsabsicherung aus einer betrieblichen Altersversorgung für die versicherte Person;

sofern:

- sich bei einer Nachversicherung nach Buchstabe a) und b) das Bruttoarbeitseinkommen der versicherten Person zum Stichtag um mindestens den gleichen Prozentsatz erhöht hat, wie das Nettoarbeitseinkommen,
- die versicherte Person nicht berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist,
- sich Ihr Vertrag beitragspflichtig in Kraft befindet,
- die versicherte Person das rechnermäßige Alter¹ von 48 Jahren noch nicht überschritten hat,
- die jährliche Berufsunfähigkeitsrente um mind. 1.200 EUR erhöht wird,
- die jährliche Berufsunfähigkeitsrente max. um 50 % der letzten Jahresrente, die ohne Ausübung der Nachversicherungsgarantie bestanden hätte, jedoch nicht mehr als 6.000 EUR, erhöht wird,
- die Summe aller bei uns bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten der versicherten Person 30.000 EUR im Jahr nicht übersteigt und
- die Summe aller Versorgungsanwartschaften der versicherten Person (aus privaten Berufsunfähigkeitsrenten, betrieblicher Altersversorgung, Beamtenversorgung und anderen Versorgungswerken) 85 % ihres Nettoarbeitseinkommens nicht übersteigt.

Das Recht auf Nachversicherungsgarantie können Sie

- bei einer Nachversicherung nach Buchstabe a) und b) ab den dort genannten Stichtagen innerhalb von sechs Monaten mit Rückwirkung zum jeweiligen Stichtag,
- bei einer Nachversicherung nach den Buchstaben c) bis q) ab Eintritt des jeweiligen Ereignisses innerhalb von sechs Monaten mit Wirkung zum 1. des auf die Antragstellung folgenden Monats

wahrnehmen. Über die Erhöhung des Einkommens bzw. über den Stichtag der Änderung des Einkommens sowie über den Eintritt eines Ereignisses nach den Buchstaben c) bis q) sind entsprechende Nachweise zu erbringen. Auf Verlangen sind auch Nachweise zum Nettoarbeitseinkommen sowie zur Gesamtversicherungssituation vorzulegen.

Die Berechnung der Nachversicherung erfolgt mit dem bei Vertragsänderung erreichten rechnermäßigen Alter¹ der versicherten Person sowie mit den dann für die Berufsunfähigkeitsversicherung geltenden Rechnungsgrundlagen.

§ 2 Was sind Berufsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr ausüben kann und auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Ist die versicherte Person als Selbstständiger, Freiberufler, Betriebsinhaber oder in einer vergleichbaren Stellung tätig, in der sie auf die betriebliche Situation Einfluss nehmen kann und hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterworfen ist, so liegt Berufsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf darüber hinaus erst dann vor, wenn trotz zumutbarer Umorganisation des Betriebes oder Arbeitsplatzes sich der versicherten Person keine von ihr gesundheitlich noch zu bewältigenden Tätigkeitsfelder eröffnen bzw. verbleiben, in welchen sie mehr als 50 % mitarbeiten kann.

Eine Umorganisation ist zumutbar, insbesondere wenn sie wirtschaftlich vertretbar ist, die Ausübung der sich neu eröffneten bzw. verbliebenen Tätigkeitsfelder der Stellung der versicherten Person als Betriebsinhaber noch angemessen ist und die bisherige Lebensstellung wahren kann.

- (2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

- (3) Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer Ausbildung, Fähigkeiten und bisherigen Lebensstellung entspricht und in der der Grad der Berufsunfähigkeit geringer als 50 % ist. Damit verzichten wir auf die so genannte abstrakte Verweisung. Dieser Verweisungsverzicht gilt nicht, wenn die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles Student war (Abs. (8)).

Als der bisherigen Lebensstellung entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung richtet sich dabei nach dem jeweiligen konkreten Einzelfall und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommensreduzierung von mehr als 20 % im Vergleich zum jährlichen Bruttoarbeitseinkommen vor Eintritt der Berufsunfähigkeit sehen wir jedoch als nicht mehr zumutbar an.

- (4) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, wird für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit die vor dem Ausscheiden ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zu Grunde gelegt. Dies gilt sowohl für ein vorübergehendes Ausscheiden als auch für ein endgültiges Ausscheiden aus dem Berufsleben.

Infektionsklausel

- (5) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine gesetzliche Vorschrift oder eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit wegen Infektionsgefahr fortzuführen (vollständiges Tätigkeitsverbot/Beschäftigungsverbot), und sich dieses Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten erstreckt.

Berufsunfähigkeit liegt dagegen jedoch nicht vor, sofern die versicherte Person für die Dauer des Verbots von ihrem Arbeitgeber mit einer anderen Tätigkeit betraut wird oder wenn die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Schüler

- (6) Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person durch Krankheit, Körperverletzung oder Unfallfolgen für mindestens 6 Monate so eingeschränkt ist, dass sie außerstande ist, als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen und auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt.

Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn der Besuch einer Förderschule/ Sonderschule oder sonderpädagogischen

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Maßnahme regelmäßig erforderlich sind. Das Wiederholen eines Schuljahres allein gilt nicht als Berufsunfähigkeit.

Als allgemeine Schulen gelten allgemeinbildende und berufliche Schulen in staatlicher, privater oder kirchlicher Trägerschaft. Allgemeine Schulen in der Primarstufe sind Grundschulen. Allgemeine Schulen in der Sekundarstufe I sind Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen, allgemeine Schulen in der Sekundarstufe II sind die gymnasiale Oberstufe an einem Gymnasium, beruflichem Gymnasien, Fachgymnasium oder an einer Gesamtschule sowie Berufsfachschulen, Fachoberschulen und Berufsoberschulen.

Die Bestimmungen des Abs. (5) finden auf Schüler keine Anwendung.

- (7) Ist die versicherte Person Schüler im Sinne des Abs. (6) und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Unfallfolgen so eingeschränkt gewesen, dass sie außerstande war, als Schüler an einem regulärem Schulunterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen und hat sie auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausgeübt, gilt die Fortdauer dieses Zustands rückwirkend von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Studenten

- (8) Ist die versicherte Person Student an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder Berufsakademie innerhalb der Europäischen Union und übt sie keine berufliche Tätigkeit im Sinne des Abs. (1) aus, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ihr Studium nicht mehr fortsetzen kann oder außerstande ist, entweder einen anderen Studiengang aufzunehmen, zu dem sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und der ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit auszuüben (abstrakte Verweisung).

Als eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung entspricht, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums der versicherten Person erreicht wird. Die Bestimmungen des Abs. (5) finden auf Studenten keine Anwendung.

- (9) Ist die versicherte Person Student im Sinne des Abs. (8) und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen, ihr Studium an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder Berufsakademie innerhalb der Europäischen Union fortzusetzen oder einen anderen Studiengang, zu dem sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und der ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht aufzunehmen, oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit auszuüben gilt die Fortdauer dieses Zustands rückwirkend von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Pflegebedürftigkeit

- (10) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für die in Abs. (11) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- (11) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkte-tabelle zugrunde gelegt: wir leisten bei 3 oder mehr Punkten.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei

Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

- Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

- (12) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punkte-tabelle liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen vor, wenn

- die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf

- die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

- (13) Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen liegt außerdem vor, wenn bei der versicherten Person seit mindestens 6 Monaten mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, vorliegen und in deren Folge die versicherte Person kontinuierliche Aufsicht benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde (mittelschwere oder schwere Demenz).

Eine mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist dann gegeben, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg vorliegt. Dies ist durch einen Facharzt (Neurologen) auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch verursacht wurden oder denen psychische Ursachen zugrunde liegen (z.B. Pseudodemenz), gelten nicht als mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen.

(14) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 6 Monaten noch anhält.

(15) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig (Abs. (10) – (14)) gewesen, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Pflegebedürftigkeit.

(16) Sollte keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Abs. (10) – (14) gegeben sein, leisten wir dennoch, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI in der Fassung vom 15.07.2013 ist:

a) Pflegebedürftig sind danach Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

b) Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. Die Hilfe im Sinne des Abs. (15) a) besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

c) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. (15) a) sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

d) Für die Gewährung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der

Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

e) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

f) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem SGB V führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach Abs. (15) c) ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

Günstigerprüfung

Wir werden bei der Prüfung unserer Leistungspflicht in Folge Pflegebedürftigkeit nach Abs. (10) – (14) bzw. (16) von der für Sie jeweils günstigeren Definition ausgehen und diese unserer Leistungsprüfung zugrunde legen.

Leistungsausschluss

(17) Wurden Leistungsausschlüsse oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen, so gelten diese sowohl für die Leistung bei Berufsunfähigkeit, als auch bei Pflegebedürftigkeit.

§ 3 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Aus den nachfolgend dargestellten Grundsätzen zur Beteiligung an den Überschüssen ergeben sich jedoch keine Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an diesen.

(1) **Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung der Versicherungsnehmer am Überschuss**

(a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeits- und ggf. Pflegerisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeits- und ggf. Pflegerisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen,

die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen (Abrechnungsverbänden) zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Abrechnungsverbände Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt.

Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung einschließlich der durch § 153 VVG vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56b des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeit geltenden Fassung des VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherten auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Wenn wir die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Soweit auf §§ 153 VVG, 56b VAG und §§ 3,4 sowie 5 der Mindestrückstellungsverordnung Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2015 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahme erstreckt sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzende Vorschriften.

- (b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Berufsunfähigkeitsversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, entstehen, ordnen wir diese den Verträgen nach einem verursachungsorientiertem Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Die Zuteilung erfolgt bei Ablauf der Versicherung sowie bei Eintritt des Versicherungsfalles.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Weitere Informationen zur Ermittlung und Beteiligung an den Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss

- (a) Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung gehört zum Gewinnverband „Berufsunfähigkeitsversicherung-2015“ im Abrechnungsverband „Berufsunfähigkeitsversicherung (einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft/Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Sie ist grundsätzlich gesondert am Überschuss des Abrechnungsverbandes beteiligt. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

(b) Überschussanteile

aa) Laufende Überschussanteile

Ihre Versicherung erhält jährlich, erstmalig zum Ende des ersten Versicherungsjahres, laufende Überschussanteile. Die laufenden Überschussanteile werden bei

- Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung in Prozent des Bruttobeitrages

- beitragsfrei gestellten Versicherungen und Versicherungen im Rentenbezug als Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals zum Überschusszuteilungstermin

bemessen.

bb) Schlusszahlung

Die Berufsunfähigkeitsversicherung erhält - sofern daraus keine Leistungen erbracht wurden - bei Ablauf der Versicherungsdauer eine Schlusszahlung.

Diese wird in Prozent der gezahlten Beitragssumme während der beitragspflichtigen Zeit bemessen.

Bei Tod der versicherten Person, bei Rückkauf oder Eintritt der Berufsunfähigkeit wird in Tarifen mit gleicher Versicherungs- und Leistungsdauer eine verminderte Schlusszahlung geleistet.

Ist eine gegenüber der Leistungsdauer abgekürzte Versicherungsdauer vereinbart, entfällt die Schlusszahlung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit.

(c) Überschussbeteiligungssysteme und Beteiligung an den Bewertungsreserven

Folgende Überschussbeteiligungssysteme können von Ihnen gewählt werden:

aa) Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung

1) Verzinsliche Ansammlung

Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausbezahlt. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird dieses Guthaben nach Abs. (2) (c) cc) verwendet.

Bei Beendigung der Versicherung berechnen wir Ihren Anteil an den Bewertungsreserven entsprechend dem Verhältnis der Summe der Überschussguthaben abgelaufener Versicherungsjahre zur Summe der Deckungskapitalien und Überschussguthaben abgelaufener Versicherungsjahre aller anspruchsberechtigten Verträge.

2) Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen

Die laufenden Überschussanteile werden mit den Bei-

trägen verrechnet. Die erste Verrechnung erfolgt dabei zu Beginn des ersten Versicherungsjahres. Bei Beitragsfreistellung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung erfolgt eine Umstellung in das System der verzinslichen Ansammlung nach Abs. (2) (c) bb) 1).

3) Fondsanlage

Die laufenden Überschussanteile werden zum Kauf von Fondsanteilen verwendet. Weitere Einzelheiten zum Überschussystem Fondsanlage finden Sie in den „Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage“.

Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird der Wert der vorhandenen Anteile nach Abs. (2) (c) cc) verwendet.

bb) Beitragsfrei gestellte Versicherungen

1) Verzinsliche Ansammlung

Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausbezahlt. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird dieses Guthaben nach Abs. (2) (c) cc) verwendet.

Bei Beendigung der Versicherung berechnen wir Ihren Anteil an den Bewertungsreserven entsprechend dem Verhältnis der Summe der Deckungskapitalien und Überschussguthaben abgelaufener Versicherungsjahre zur Summe der entsprechenden Deckungskapitalien und Überschussguthaben aller anspruchsberechtigten Verträge.

2) Fondsanlage

Die laufenden Überschussanteile werden zum Kauf von Fondsanteilen verwendet. Weitere Einzelheiten zum Überschussystem Fondsanlage finden Sie in den „Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage“.

Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird der Wert der vorhandenen Anteile nach Abs. (2) (c) cc) verwendet.

Bei Beendigung der Versicherung berechnen wir Ihren Anteil an den Bewertungsreserven entsprechend dem Verhältnis der Summe der Deckungskapitalien abgelaufener Versicherungsjahre zur Summe der entsprechenden Deckungskapitalien und Überschussguthaben aller anspruchsberechtigten Verträge.

cc) Versicherungen im Rentenbezug

Die laufenden Überschussanteile werden zur Bildung einer beitragsfreien Zusatzrente (dynamische Bonusrente) verwendet, die zusammen mit der versicherten Rente ausbezahlt wird. Gleiches gilt für ein aus der aktiven Zeit ggf. vorhandenes Überschussguthaben nach Abs. (2) (c) aa) 1), Abs. (2) (c) aa) 3) oder Abs. (2) (c) bb).

(3) Information über die Höhe der Beteiligung am Überschuss

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Aller-

dings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Abs. (3) und (4) und § 8).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat oder Kriegereignisse; wir werden jedoch leisten, wenn die Ursache der Berufsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen steht, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person, damit sind Versicherungsfälle aufgrund von fahrlässigen Verstößen (dies umfasst die leichte, die einfache und die grobe Fahrlässigkeit) im Straßenverkehr mitversichert;
 - c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - e) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsschluss 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.
- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. (2)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nach-

gewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufwert unter Vornahme des Stornoabzugs sowie ggf. rückständiger Beiträge (§ 9). Die Regelungen des § 9 Abs. (3) a), b), c) sowie Abs. d) zu den Mindestrückkaufwerten gelten nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 9 Abs. (4) a) und b)).

Rückwirkende Vertragsanpassung

- (9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
- (10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- (11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich 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 innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.
- (12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehatscheidung Einfluss genommen worden ist. 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. Abs. 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

- (15) Die Absätze (1) bis (14) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Abs. (13) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- (16) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, aus. 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 den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.
- (17) Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Anwendung des § 19 Abs. 3 S. 2 und Abs. 4 VVG.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
- (2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode an uns zu zahlen.
- (3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Abs. (2) genannten Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.
- (5) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände von der Versicherungsleistung abziehen.

§ 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag (§ 37 VVG)

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wurde, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag (§ 38 VVG)

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 9 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Die Kündigung ist jedoch ausgeschlossen, wenn und solange Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn die Berufsunfähigkeits-Jahresrente aus dem verbleibenden beitragspflichtigen Teil der Versicherung den Betrag von 1.200 EUR unterschreitet. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.

Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

- (3) a) Nach Kündigung zahlen wir
 - den Rückkaufswert
 - vermindert um den Abzug sowie
 - die Überschussbeteiligung.

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufswert). In jedem Fall werden wir die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachten.

Abzug

Von dem so ermittelten Rückkaufswert nehmen wir einen Abzug in Höhe von 10 Prozent des Deckungskapitals vor (sog. Stornoabzug). Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird, das heißt der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

- b) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Abs. (3) Satz 2 bis 4 errechneten Betrag (Rückkaufswert) angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

- c) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen (3) a) und b) berechneten Betrag enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 3 für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung zugeteilten Bewertungsreserven.

- d) Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 10) nur ein geringer oder kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Der Rückkaufswert entspricht jedoch mindestens einem bei Vertragsschluss vereinbarten Garantiebetrags, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages abhängt. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und das Ausmaß, in welchem dieser garantiert ist sowie zur Höhe des Abzugs können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung anstelle einer Kündigung

- (4) a) Anstelle einer Kündigung nach Abs. (1) können Sie unter Beachtung des dort genannten Termins schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die versicherte Jahresrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Jahresrente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Abs. (3) a) S. 2 bis 4 errechnet wird. Sofern die Pflegerente SBU Pflegeplus eingeschlossen wurde, bleibt das prozentuale vereinbarte Verhältnis der Pflegerente zur Berufsunfähigkeitsrente unverändert erhalten.

Abzug

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Jahresrente zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen Abzug in Höhe von 10 Prozent des Deckungskapitals (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen wird, das heißt der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Ggf. rückständige Beiträge werden ebenfalls abgezogen.

- b) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung stehen wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 10) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Jahresrente zur Verfügung. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Jahresrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfrei versicherten Berufsunfähigkeits-Jahresrente und ihrer Höhe können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

- c) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. (4) a) zu berechnende Berufsunfähigkeits-Jahresrente den Mindestbetrag von 300 EUR nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach Abs. (3) a) bis c). Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die Berufsunfähigkeits-Jahresrente aus dem verbleibenden beitragspflichtigen Teil der Versicherung den Betrag von 1.200 EUR nicht unterschreitet.

- (5) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. (4) a) zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Jahresrente den festgelegten Mindestbetrag nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach Abs. (3) a) bis c).

(6) Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie ohne erneute Risikoprüfung wieder in Kraft setzen. Voraussetzung ist, dass Sie dies innerhalb von sechs Monaten seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung beantragen, innerhalb dieser sechs Monate den gesamten Beitragsrückstand ausgleichen und dass bis zur Zahlung des gesamten Beitragsrückstands die versicherte Person nicht berufsunfähig ist. Über weitere Möglichkeiten informieren wir Sie auf Anfrage gerne.

(7) **Beitragsrückzahlung**

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(8) **Beitragsstundung**

Sie haben einmal während der gesamten Vertragslaufzeit unter folgenden Voraussetzungen gegen Zahlung eines Stundungszinses Anspruch auf eine Stundung der Beiträge bis zu 12 Monaten bei vollem Versicherungsschutz:

- Die Beiträge für die ersten drei Versicherungsjahre sind vollständig gezahlt.
- Das Deckungskapital ist höher als die zu stundenden Beiträge.
- Es besteht kein Beitragsrückstand.
- Der Vertrag ist zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs nicht gekündigt.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich, in der auch die Höhe des Stundungszinses vereinbart wird. Nach Vereinbarung haben Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, höhere laufende Beiträge bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Dabei wird der Beitragsrückstand inklusive Stundungszinsen durch eine Vertragsänderung angerechnet, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

(9) **Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung, die auf bereits vor Kündigung, Beitragsfreistellung oder Beitragsaussetzung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt.**

§ 10 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen sie die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen (vgl. § 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen).

(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine oder nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (vgl. § 9 Abs. (3) d) und Abs. (4) b)). Nähere Informationen können Sie der Ga-

rantwertetabelle entnehmen.

§ 11 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung verlangt (Leistungsanforderung), so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Dokumente in anderen Sprachen sind auf unser Verlangen von einem in Deutschland öffentlich bestellten und allgemein vereidigten Übersetzer in deutscher Sprache zu übersetzen:

- a) amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
- b) Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens, sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit; sowie über die durch das Leiden hervorgerufenen konkreten Einschränkungen beruflicher Tätigkeiten oder über die Pflegebedürftigkeit;
- d) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- e) bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich:
 - eine Darstellung der Ursachen für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
 - ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder behandelt oder untersucht haben, über Ursachen, Beginn, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
 - gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten und die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für die Flüge der economy class erstattet. Die Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 EUR pro Übernachtung und für die Dauer der Untersuchung inklusive An- und Abreisetag übernommen.

(3) Lassen Sie operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die gesundheitliche Beeinträchtigung zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Sie sind allerdings verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie zum Beispiel das Einhalten einer Diät, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z.B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

§ 12 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wir unterstützen und beraten Sie im Leistungsfall, insbesondere bei Fragen

- zur Beantragung von Versicherungsleistungen
- zum Verfahren der Leistungsprüfung
- zum Umfang der Versicherungsleistung
- zum Nachweis der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit
- zu den beizubringenden Unterlagen
- zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit sowie
- zur betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen.

Hierzu stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung. Im Einzelfall sind wir nach Abstimmung mit Ihnen gerne bereit, die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs bei Ihnen aufzunehmen.

§ 13 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- (1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von drei Wochen in Textform, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Ein zeitlich befristetes Leistungsanerkennnis sprechen wir nicht aus.
- (2) Während der Dauer der Prüfung unserer Leistungspflicht werden wir dem Antragsteller bzw. dem Versicherungsnehmer regelmäßig, spätestens alle vier Wochen, eine Information über fehlende Unterlagen oder den weiteren Verlauf der Prüfung unserer Leistungspflicht zukommen lassen.

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Diese andere konkret ausgeübte Tätigkeit wird nur berücksichtigt, sofern sie der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

Wir sind in den Fällen, bei denen die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles Student im Sinne des § 2 Abs. (8) war, ebenfalls berechtigt, nachzuprüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausüben kann, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Neu erworbene berufliche Fähigkeiten sind dabei zu berücksichtigen.

- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 6 Abs. (2) gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich schriftlich mitteilen.
- (4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (5) Bei Wegfall der Pflegebedürftigkeit (§ 2 Abs. (10) – (16)) gelten Abs. (4) S. 2 bis 5 entsprechend.

Bei Vereinbarung von Leistungsdynamik

- (6) Werden unsere Leistungen nach Abs. (4) oder (5) eingestellt, wer-

den die bereits durchgeführten Erhöhungen aus einer Leistungsdynamik beitragspflichtig weitergeführt.

- (7) Sie haben das Recht innerhalb von drei Monaten zu verlangen, dass die infolge der Leistungsdynamik erhöhten Versicherungsleistungen auf die Höhe herabgesetzt werden, wie sie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden haben. Die Frist beginnt mit Zugang unseres Schreibens, in dem wir Ihnen das Ende unserer Leistungspflicht und die Höhe des künftig zu zahlenden Beitrags mitteilen.

§ 15 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 11 oder § 14 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 17 Abs. (3) brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 17 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns nicht schriftlich eine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen (widerrufliches Bezugsrecht).
- (2) Sie können nur schriftlich ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (unwiderrufliches Bezugsrecht). Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen und Rechten aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Verfügungsberechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

Rechtsübergang im Wege der Erbfolge

- (4) Gehen Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag infolge des Todes einer berechtigten Person auf deren Erben über, so können wir zum Nachweis des Erbrechts die Vorlage eines Erbscheines verlangen.

§ 18 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Falls durch Rückläufer im Lastschriftverfahren oder durch Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten, deren Entstehung Sie zu vertreten haben, ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellen wir Ihnen die uns entstandenen Kosten in Rechnung.

§ 19 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 20 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen uns** bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts örtlich zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich Zuständigkeit des Gerichts nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz / Sitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland, sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 21 Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden?

- (1) Gemäß § 164 VVG können wir eine Bestimmung in den vorstehenden Bedingungen, welche durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist, durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Diese neue Regelung ist nur wirksam, wenn Sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (2) Die neue Regelung nach Abs. (1) wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 22 Können Ihre Beiträge angepasst werden?

(1) Beitrag zur Berufsunfähigkeitsrente

Von der Möglichkeit des § 163 VVG, die Beiträge bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen neu festzusetzen (zu erhöhen), werden wir hinsichtlich der Beiträge zur Berufsunfähigkeitsrente keinen Gebrauch machen. Der vereinbarte Beitrag (ohne Verrechnung der Überschussanteile) ist in diesem Fall also garantiert.

(2) Beitrag für die zusätzliche Pflegerente SBU Pflegeplus

Hinsichtlich der Beiträge zur zusätzlichen Pflegerente SBU Pflegeplus sind wir nach § 163 VVG berechtigt, bei einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags, auch für bestehende Versicherungen den Beitrag für diese Zusatzkomponente entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Voraussetzung ist, dass der neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu

gewährleisten und ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die oben genannten Voraussetzungen für die Änderung überprüft und bestätigt hat.

Die Neufestsetzung des Beitrages ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrages die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

Beitragsänderungen und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

Sind Sie mit der Zahlung des neu festgesetzten Beitrages nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Benachrichtigung diese Zusatzversicherung mit sofortiger Wirkung kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt der Fälligkeit des neu festgesetzten Beitrages.

§ 23 Was gilt bei Änderungen Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten.

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. (1) entsprechend.
- (3) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (4) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz (3) sind nach der bei Vertragsabschluss geltenden Rechtslage insbesondere alle Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängersmaßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie den für Ihren Vertrag geltenden Steuerinformationen entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

§ 24 Bis wann können Ansprüche, bzw. bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden? Verjährung.

- (1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu welchem dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform zugeht (§ 15 VVG).
- (2) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 13) nicht einverstanden ist, kann er nach Zugang unserer Leistungsentscheidung unter Beachtung der Frist nach Abs. (1) den Anspruch gerichtlich geltend machen.

B

Besondere Bedingungen

Besondere Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik (Versicherungen mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung)

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

- (1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich wie mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert.
- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch
 - bei Risikoversicherungen und der Berufsunfähigkeitsversicherung längstens bis zehn Jahre vor Vertragsablauf
 - bei Rentenversicherungen längstens bis drei Jahre vor Ende der Aufschubzeit ohne flexible Zuwachsphase
 - bei Kapitalversicherungen längstens bis fünf Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer ohne flexible Zuwachsphase.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.

Bei Koppelung der Erhöhung an den Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung wird der Steigerungssatz aus dem Verhältnis der Höchstbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zum 1.1. des laufenden Jahres und zum 1.1. des Vorjahres ermittelt. Dieser, auf eine Nachkommastelle kaufmännisch gerundete, Prozentsatz (bzw. der vereinbarte Mindestsatz) gilt für diejenigen Versicherungen, deren Beginne in den Zeitraum vom 1.4. dieses bis zum 1.3. des folgenden Kalenderjahres fallen.

- (2) Sie erhalten vor dem Erhöhungstermin einen Nachtrag zum Versicherungsschein über die Erhöhung, inklusive ggf. eingeschlossener Zusatzversicherungen. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter¹ der versicherten Person(en), der restlichen Beitragszahlungsdauer, Versicherungsdauer bzw. Aufschubzeit und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag nach den Rechnungsgrundlagen der bestehenden Versicherung, sofern nicht in den jeweiligen Tarifbedingungen etwas anderes vereinbart ist. Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen sind die garantierten Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungsleistungen dem jeweiligen Erhöhungsnachtrag zu entnehmen.
- (2) Ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages geltenden Bedingungen und getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen, soweit nicht in Abs. (2) etwas anderes bestimmt ist.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Frist – in Bezug auf die Verletzung der

Anzeigepflicht (§ 6 Abs. (13) der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ bzw. „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung“) und auf die Selbsttötung (§ 8 der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“) nicht erneut in Lauf. § 13 der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ bzw. § 10 der „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung“ gelten auch für die Erhöhungsversicherung.

- (3) Ist in Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Leistungsdynamik der Beitragsbefreiung eingeschlossen, erfolgen auch dann Erhöhungen der Beiträge zur Hauptversicherung, wenn wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt.
- (4) Übersteigt die gesamte bei uns versicherte Berufsunfähigkeits-Jahresrente durch den Erhöhungsvorgang 30.000 EUR, dann gelten für Sie folgende zusätzliche Pflichten und Einschränkungen:

- Für die Erhöhung von Berufsunfähigkeitsleistungen wird eine stets angemessene Relation der Rente zum Einkommen des Versicherten vorausgesetzt. Übersteigt der Jahresbetrag der Rente einschließlich anderweitig bestehender Versorgungsansparungen der versicherten Person aus privaten Berufsunfähigkeits-Versicherungen und betrieblicher Altersversorgung 75 % Ihres Nettoarbeitseinkommens der letzten zwölf Monate, müssen Sie der Erhöhung widersprechen. Hierauf werden wir Sie in jedem Nachtrag über die Erhöhung hinweisen.

- Stellen wir im Leistungsfall fest, dass zum Zeitpunkt einer Erhöhung keine angemessene Relation zum Einkommen gegeben war, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung aus dieser Erhöhung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung aus der Erhöhung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die für diese Erhöhung aufgewendeten Beiträge für die Rente werden – unter Abzug bereits erhaltener Überschussanteile – unverzinst zurückerstattet. Bei einer Kürzung der Leistung aus der Erhöhung erfolgt die Erstattung der Beiträge nach Satz 6 anteilig.

§ 5 Wann erlischt das Recht auf Erhöhungen?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen.

(2) – unbesetzt –

- (3) Das Recht auf weitere Erhöhungen erlischt, wenn Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

Satz 1 gilt nicht bei einem Widerspruch nach § 4 Abs. (4) Satz 2, sofern Sie in Ihrem Widerspruch deutlich zum Ausdruck gebracht haben, dass der Widerspruch aufgrund § 4 Abs. (4) Satz 2 erfolgte und uns entsprechende Nachweise zusammen mit dem Widerspruch vorgelegt wurden.

Ist in Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Leistungsdynamik der Beitragsbefreiung eingeschlossen und ist Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen, werden die Beitragsanteile, die auf die Leistungsdynamik entfallen, zur Erhöhung der Versicherungsleistung aus der Hauptversicherung verwendet.

- (4) Solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. (2) der Tarifbedingungen für Risikoversicherungen entfällt, erfolgen keine Erhöhungen.

- (5) Bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erfolgen während des Zeitraumes einer anerkannten Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeitsversicherung oder der Berufsunfähig-

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

higkeits-Zusatzversicherung keine Erhöhungen, sofern nichts Anderes vereinbart ist. Werden die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nach § 13 Abs. (4) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung eingestellt, wird die Beitragserhöhung unter Beachtung von § 1 Abs. (3) zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns,

der auf die Einstellung folgt, wieder fortgesetzt. Dies gilt auch bei Einstellung der Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach § 7 der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

121-153 01.2015

Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie (nur für Versicherungen mit Dynamik)

§ 1 Was versteht man unter Nachversicherungsgarantie?

Sie haben das Recht, die für die versicherte Person beim Versicherungsabschluss vereinbarten Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung durch Abschluss eines Neuvertrages gemäß den nachfolgenden §§ 2 bis 6 zu erhöhen (Nachversicherungsgarantie). Der Neuvertrag ist nach den dann für das Neugeschäft geltenden Versicherungsbedingungen abzuschließen. Wurden Leistungsausschlüsse, Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen, so gelten diese auch für den neu abzuschließenden Vertrag.

§ 2 Wann können Sie eine Nachversicherung beantragen?

Das Recht auf Nachversicherung können Sie innerhalb von sechs Monaten nach

- Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach § 1 LPartG der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach §15 LPartG der versicherten Person vom Ehe- oder Lebenspartner,
- Wechsel der versicherten Person in die berufliche Selbständigkeit,
- Befreiung des selbständigen Handwerkers (versicherte Person) von der Versicherungspflicht in der allgemeinen Rentenversicherung zu dem Zeitpunkt, in dem die Mindestversicherungspflicht erfüllt ist,
- Bestehen der Meisterprüfung der versicherten Person,
- erfolgreichem Abschluss einer betrieblichen Berufsausbildung mit staatlich anerkanntem Abschluss, in der der versicherten Person eine Ausbildungsvergütung gewährt wird,
- Ernennung der versicherten Person zum Beamten auf Lebenszeit,
- erfolgreichem Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums der versicherten Person,
- erstmaligem Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie (Kaufpreis mind. 50.000 EUR) durch die versicherte Person,
- Reduzierung der gesetzlichen bzw. berufsständischen Hinterbliebenenabsicherung durch eine Gesetzesänderung bzw. Satzungsänderung

wahrnehmen. Über den Eintritt o.g. Ereignisse sind entsprechende Nachweise zu erbringen. Außerdem können Sie alle fünf Jahre eine Nachversicherung mit Beginn zum Jahrestag des Versicherungsbeginns verlangen, wenn Sie dies mindestens sechs Mona-

te vorher beantragen. Der erste Fünfjahreszeitraum beginnt mit dem ursprünglich vereinbarten Versicherungsbeginn, die weiteren schließen sich daran im Abstand von jeweils fünf Jahren an.

§ 3 Wie wird die Nachversicherung abgeschlossen?

- (1) Maßgebend ist der bei Abschluss der Nachversicherung gültige, der Hauptversicherung vergleichbare Tarif, sofern nicht in den Tarifbedingungen etwas anderes bestimmt ist, einschließlich der dann für den Neuzugang geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Berechnung erfolgt mit dem bei Abschluss der Nachversicherung erreichten rechnermäßigen Alter¹ der versicherten Person(en). Die Nachversicherung endet in dem Kalenderjahr, in dem die ursprüngliche Versicherung abläuft, und hat deren restliche Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer, gerechnet in ganzen Jahren.
- (2) Die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit im Rahmen einer abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist auch für die Nachversicherung möglich.

§ 4 Wie hoch darf die Nachversicherungssumme sein?

Die Versicherungssumme der Nachversicherung muss mindestens 2.500 EUR und darf höchstens 100 % der ursprünglichen Versicherungssumme, aber nicht mehr als 25.000 EUR betragen. Die Versicherungssumme aller Nachversicherungen für ein und dieselbe versicherte Person darf innerhalb von fünf Jahren insgesamt höchstens 35.000 EUR betragen. Bei Rentenversicherungen gelten die genannten Summen für die garantierte Kapitalabfindung.

§ 5 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Nachversicherung?

Für den im Wege der Nachversicherungsgarantie neu abzuschließenden Vertrag ist das Bezugsrecht neu zu bestimmen. Das zu dem ursprünglich abgeschlossenen Vertrag vereinbarte Bezugsrecht gilt nicht für den Neuvertrag.

§ 6 Wann ist eine Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung ausgeschlossen?

- (1) Ihr Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn
 - die versicherte Person – bei Versicherung mehrerer Personen die älteste Person – rechnermäßig älter als 48 Jahre ist oder
 - Sie das Recht auf laufende Erhöhung gemäß den „Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik“ verloren haben oder
 - die restliche Laufzeit bei kapitalbildenden Versicherungen bzw. Aufschubzeit bei Rentenversicherungen weniger als 12 Jahre beträgt.

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

- (2) Ist in Ihre Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, ist das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung außer Kraft, sobald wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht erlischt.

Gleiches gilt, solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. (2) der Tarifbedingungen für Risikoversicherungen entfällt.

121-153 01.2015

Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------|-----|
| Wie werden die Überschüsse verwendet? | § 1 | Wie können Sie Ihre Fondsaufteilung wählen und neu bestimmen? | § 3 |
| Wie werden die Leistungen aus der Überschussbeteiligung ermittelt? | § 2 | Unter welchen Bedingungen können Sie das Überschussystem wechseln? | § 4 |

§ 1 Wie werden die Überschüsse verwendet?

- (1) Gemäß dem Paragraphen „Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?“ der Allgemeinen-, Besonderen- und Tarifbedingungen ist Ihre Versicherung am erwirtschafteten Überschuss beteiligt. Die Ihrer Versicherung – ggf. auch aus eingeschlossenen Zusatzversicherungen – zugeteilten laufenden Überschussanteile werden bei dem Überschussystem Fondsanlage zum Kauf von Fondsanteilen (Fondsanlage) verwendet.

Haben Sie für das Überschussystem Fondsanlage das Garantiefondskonzept DWS FlexPension gewählt, gelten zusätzlich die „Besondere Bedingungen für das Garantiefondskonzept DWS FlexPension“.

- (2) Die Fondsanlage der Ihrem Vertrag zugeteilten Überschussanteile bietet die unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Anlagestock). Der Anlagestock wird gesondert von unserem übrigen Vermögen in Anteilen an Investmentfonds angelegt.
- (3) Da die Wertentwicklung der Investmentfonds des Anlagestocks nicht voraussehbar ist, können wir den Geldwert der angesammelten Fondsanteile nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der von Ihnen gewählten Investmentfonds einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Kursrückgang tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Bei Werten, die nicht in Euro geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage zusätzlich beeinflussen.
- (4) Den Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteileneinheiten ermitteln wir durch Multiplikation der Zahl der Ihrer Versicherung gutgeschriebenen Anteile an den Investmentfonds mit den zum maßgeblichen Bewertungsstichtag festgestellten Rücknahmepreisen der Anteile.
- (5) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Anteileneinheiten; Erträge, die ausgeschüttet werden, und Steuererstattungen rechnen wir in Anteileneinheiten um und schreiben sie den einzelnen Versicherungsverträgen gut.

§ 2 Wie werden die Leistungen aus der Überschussbeteiligung ermittelt?

- (1) Der Wert der angesammelten Fondsanteile wird bei:
- Ablauf,
 - Tod der versicherten Person
 - Kündigung oder
 - Kapitalabfindung

der Hauptversicherung ausgezahlt. Dies gilt auch für angesammelte Fondsanteile aus einer ggf. mitversicherten Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit gegenüber der Hauptversicherung abgekürzter Versicherungsdauer.

- (2) Sieht die Hauptversicherung eine Rentenleistung vor bzw. wird die Auszahlung der Leistung aus der Hauptversicherung in Rentenform gewählt, wird aus dem Wert der angesammelten Fondsanteile nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Stichtag (vgl. Abs. (3)), der auf den Rentenbeginn folgt, eine zusätzliche Rente ermittelt. Dabei werden die dann für den Neuzugang gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Da die genaue Rentenhöhe erst nach dem Termin des Rentenbeginns errechnet werden kann, erfolgt die erste Rentenzahlung bis spätestens zum 10. des Monats nach Rentenbeginn. Alle folgenden Renten zahlen wir jeweils zum Ersten eines Monats.

Stichtag für die Berechnung von Versicherungsleistungen

- (3) Endet Ihre Versicherung durch Kündigung, Ablauf oder Kapitalabfindung, so legen wir bei der Umrechnung der angesammelten Fondsanteile in einen Geldbetrag den Stichtag zugrunde, der auf den Ablauf des letzten Versicherungsmonats folgt. Endet die Versicherung durch Tod der versicherten Person, wird der Stichtag des Folgemonats herangezogen, der auf den Eingang der Meldung des Todesfalles folgt. Als Stichtag gilt jeweils der 6. Tag eines Monats oder – falls dies ein börsenfreier Tag ist – der letzte Börsentag davor.
- (4) Vertragliche Leistungen aus der Überschussbeteiligung erbringen wir grundsätzlich in Geld. Anstelle der Geldleistung kann der Anspruchsberechtigte – jedoch nicht bei einer Verrentung – verlangen, dass ihm die entsprechenden Anteileneinheiten übertragen werden, sofern das Anlageguthaben mindestens 300 EUR beträgt. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Anteile auszus zahlen. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Übertragung von Anteileneinheiten, so verringert sich die Zahl der zu übertragenden Anteileneinheiten durch Übertragungskosten in Höhe von 1 % des Anlageguthabens, max. 25 EUR. Eine Übertragung der Anteileneinheiten ist nur möglich, wenn nach Umrechnung des Anlageguthabens in einen Geldbetrag ein ausreichendes Guthaben zur Deckung der Übertragungskosten vorhanden ist. Außerdem hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteileneinheiten übertragen können.

§ 3 Wie können Sie Ihre Fondsaufteilung wählen und neu bestimmen?

- (1) Die Auswahl aus verschiedenen Investmentfonds können Sie selbst vornehmen (individuelle Fondsauswahl). Eine Liste der möglichen Fonds finden Sie in der „Fonds-Übersicht für das Überschussystem Fondsanlage“.

- (2) Sie können innerhalb eines Kalenderjahres eine kostenlose Änderung des von Ihnen bestimmten Investmentfonds verlangen (Fondswechsel). Sie können hierbei aus allen zum Zeitpunkt des Wechsels für diesen Tarif zulässigen Investmentfonds auswählen.

Dabei werden sowohl Ihr vorhandenes Fondsguthaben als auch Ihre künftigen laufenden Überschussanteile für die Fondsanlage entsprechend Ihrer neuen Fondsauswahl umgeschichtet bzw. angelegt.

Die Umrechnung des Guthabens werden wir bei einem Fondswechsel zum Stichtag (vgl. § 2 Abs. (3)) des Folgemonats vornehmen, der auf den Eingang Ihres schriftlichen Auftrages folgt.

- (3) Ab dem zweiten Fondswechsel innerhalb eines Kalenderjahres wird eine Gebühr von jeweils 25 EUR erhoben. Solche gebührenpflichtige Fondswechsel sind nur möglich, wenn nach Umrechnung des Anlageguthabens in einen Geldbetrag ein ausreichendes Guthaben zur Deckung der Gebühr vorhanden ist.

- (4) Die Schließung, Auflösung oder Zusammenlegung von Fonds, die Einstellung von An- oder Verkauf, sind Beispiele von Vorgängen, die Auswirkungen auf die Fondsanlage haben, die aber von uns nicht beeinflusst werden können.

Sollte die Anlage künftiger laufender Überschussanteile in einen gewählten Fonds oder das Halten von Anteilen an einem gewählten Fonds nicht mehr möglich sein, werden wir Sie hierüber schriftlich benachrichtigen. Sie haben ab Zugang dieses Benachrichtigungsschreibens sechs Wochen Gelegenheit, als Ersatz einen anderen Fonds aus unserem Angebot zu wählen, in den das Fondsguthaben des betroffenen Fonds umgeschichtet werden soll und in den an Stelle des betroffenen Fonds künftig die zugeordneten laufenden Überschussanteile angelegt werden sollen.

Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch

erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt. Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung von Ihnen zu, gilt der von uns genannte, dem betroffenen Fonds am ehesten vergleichbare Fonds als von Ihnen ausgewählt. Auf diesen Fonds werden wir Sie einschließlich der Kriterien für dessen Auswahl in unserer schriftlichen Benachrichtigung ausdrücklich hinweisen. Den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen ebenfalls in unseren schriftlichen Benachrichtigungen mitteilen.

Wir werden Sie in unserer schriftlichen Benachrichtigung nochmals ausdrücklich darauf hinweisen, dass für den Fall, dass Sie sich nicht innerhalb der 6-wöchigen Frist für einen Fonds entscheiden, der von uns nach den vorstehenden Kriterien vorgeschlagene Fonds als gewählt gilt.

Als Grundlage für Ihre Fondsauswahl können Sie auch die deutschen Tageszeitungen sowie den Videotext von ARD / ZDF heranziehen, in denen der Wert einer Anteileneinheit für viele der zur Verfügung stehenden Investmentfonds börsentäglich veröffentlicht wird.

§ 4 Unter welchen Bedingungen können Sie das Überschussystem wechseln?

Zur Sicherung des erreichten Wertes der Ihrem Vertrag zugeteilten Anteileneinheiten können Sie einmalig und kostenfrei mit einer Antragsfrist von 14 Tagen zu jedem Monatsende verlangen, dass der Wert Ihrer Anteileneinheiten und die künftigen laufenden Überschussanteile dem Überschussystem verzinsliche Ansammlung zugeführt werden, sofern das Überschussystem verzinsliche Ansammlung für Ihre Versicherung (vgl. hierzu den Paragraphen „Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?“ der Besonderen- bzw. Tarifbedingungen) vorgesehen ist. Dabei wird der Wert Ihrer Anteileneinheiten zum Stichtag (vgl. § 2 Abs. (3)) des Monats nach Eingang Ihres Antrages festgestellt. Die Verzinsung erfolgt für das Jahr der Umstellung anteilig.

121-153 01.2015

Besondere Bedingungen für das Garantiefondskonzept DWS FlexPension

Bei der im Folgenden beschriebenen Garantiezusage handelt es sich nicht um eine Garantiezusage der uniVersa Lebensversicherung a.G., sondern um eine Garantie der DWS Investment S.A. Luxemburg. Die uniVersa Lebensversicherung a.G. haftet nicht bei Nichterfüllung der Garantiezusage der DWS Investment S.A. und ebenfalls nicht für den Fall, dass die DWS FlexPension SICAV Fondsanteile zurückkauft bzw. keine weiteren Teilfonds für das Garantiefondskonzept DWS FlexPension mehr auflegt und deshalb die Anlage künftiger Mittel in Garantiefonds nicht mehr möglich ist. Künftige Mittel im Sinne dieser Bedingungen sind künftige Beiträge und evtl. Zulagen bzw. bei Wahl des Überschussystems Fondsanlage künftige Überschussanteile.

Sofern das Garantiefondskonzept DWS FlexPension zu einer Rentenversicherung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) EStG (Basisversorgung) vereinbart ist, gelten die Besonderen Versicherungsbedingungen nur dann, soweit sie den Regelungen des zertifizierten Basisrentenvertrages und den Vorschriften des AltZertG nicht widersprechen bzw. diesen nicht entgegenstehen (maßgeblich ist die zum Zeitpunkt des Abschlusses des Basisrentenvertrages geltende Fassung des AltZertG).

§ 1 Aus welchen Gründen Besondere Versicherungsbedingungen?

- (1) Aufgrund der besonderen Struktur und Leistungen des Garantiefondskonzepts der Investmentgesellschaft DWS FlexPension SICAV (im Folgenden *DWS FlexPension*) sind bei der Anlage Ihrer künftigen Mittel in die einzelnen Teilfonds der DWS FlexPension (im Folgenden *Teilfonds*) gewisse Besonderheiten zu beachten, die von der Anlage in anderen Investmentfonds oder Musterdepots (im Folgenden *andere Investmentfonds*) abweichen. Daher vereinbaren wir, die uniVersa Lebensversicherung a.G. mit Ihnen die folgenden Besonderen Versicherungsbedingungen (im Folgenden *Besondere Versicherungsbedingungen*).

- (2) Soweit diese Besonderen Versicherungsbedingungen von den Allgemeinen-, Besonderen- und Tarifbedingungen für Ihren Tarif abweichen, haben die Besonderen Bedingungen für das Garantiefondskonzept DWS FlexPension immer dann Vorrang, wenn Anteile an einem Teilfonds betroffen sind.

§ 2 Was ist das Besondere der Teilfonds der DWS FlexPension?

- (1) DWS FlexPension besteht aus einer Reihe einzelner Teilfonds, die sich u.a. im Garantiewert und in der Laufzeit unterscheiden. Jährlich am ersten Handelstag im Juli, an dem Geschäftsbanken in Frankfurt am Main geöffnet sind, ist beabsichtigt, weitere Teilfonds aufzulegen. Zum Ende eines jeden Jahres werden diejenigen Teilfonds liquidiert, die ihr Laufzeitende erreicht haben.

- (2) Die DWS Investment S.A. Luxemburg, die Verwaltungsgesellschaft der DWS FlexPension (im Folgenden DWS Investment S.A.), gewährt in Übereinstimmung mit den Regelungen des aktuellen Verkaufsprospekt der DWS FlexPension gegenüber DWS FlexPension zu Gunsten der uniVersa Lebensversicherung a.G. als Anleger der Teilfonds zum jeweiligen Laufzeitende des einzelnen Teilfonds, die in § 3 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen definierte Garantie.

§ 3 Was ist die Höchststandgarantie?

- (1) Die jeweiligen Teilfonds sind mit einer Höchststandgarantie zum Laufzeitende der Teilfonds ausgestattet. Die DWS Investment S.A. garantiert gegenüber der DWS FlexPension, dass der Nettoinventarwert eines Teilfonds zusätzlich etwaiger Ausschüttungen am Laufzeitende nicht unter dem jemals an einem Höchststand-

stichtag erreichten höchsten Netto-Inventarwert des Teilfonds liegt (Garantiewert). Ist oder war der Netto-Inventarwert eines Teilfonds an einem oder mehreren Höchststandstichtagen höher als der Netto-Inventarwert am Auflegungstag des Teilfonds, so wird der höchste dieser Werte zum Laufzeitende garantiert (Höchststandgarantie zum Laufzeitende). Höchststandstichtage sind jeweils der erste Handelstag eines jeden Monats, an dem Geschäftsbanken in Frankfurt am Main geöffnet haben, sowie im Dezember zusätzlich jeweils der sechste Handelstag vor Monatsultimo. Sollte der Garantiewert zum Laufzeitende nicht erreicht werden, wird die DWS Investment S.A. den Differenzbetrag am Laufzeitende aus eigenen Mitteln in das Teilfondsvermögen einzahlen.

- (2) Die Höchststandgarantie zum jeweiligen Laufzeitende gilt für jeden Anleger eines Teilfonds, hier die uniVersa Lebensversicherung a.G., unabhängig davon, wann der Anleger die Anteile erwirbt.
- (3) Bitte beachten Sie, dass die Wertsicherung durch die Höchststandgarantie der Teilfonds ausschließlich stichtagsbezogen auf das jeweilige Laufzeitende eines Teilfonds ist und dass der Netto-Inventarwert eines Teilfonds zwischenzeitlich auch geringer sein kann. Die Höchststandgarantie gilt daher nicht, wenn Fondsanteile durch die uniVersa Lebensversicherung a.G. an DWS FlexPension vorzeitig zurückgegeben werden, z.B. aufgrund Kündigung der Versicherung, Ende des Versicherungsvertrages durch Tod bzw. Beginn der Rentenzahlung vor Erreichen des mit Ihnen vereinbarten Garantitermins.

Mögliche Auswirkungen steuerlicher Änderungen

- (4) Sofern steuerliche Änderungen innerhalb des Garantiezeitraums die Wertentwicklung eines Teilfonds negativ beeinflussen, ermäßigt sich dessen Garantie zum Laufzeitende um den Betrag, den diese Differenz einschließlich entgangener markt- und laufzeitgerechter Wiederanlage pro Anteil ausmacht. Sollte ein solcher Fall eintreten, werden wir Sie schriftlich darüber informieren.

§ 4 Wer gewährt die Garantie?

- (1) Die Höchststandgarantie wird von der DWS Investment S.A. gegenüber DWS FlexPension zugunsten der Anleger der Teilfonds, hier der uniVersa Lebensversicherung a.G., zum Laufzeitende übernommen. Es besteht kein direkter Zahlungsanspruch der Versicherungsnehmer gegenüber der DWS Investment S.A. Die Verpflichtungen der DWS Investment S.A. bestehen ausschließlich gegenüber der DWS FlexPension zugunsten der uniVersa Lebensversicherung a.G. in der Eigenschaft als Anleger eines Teilfonds. Es wird kein Vertrag mit der DWS Investment S.A. zugunsten der Versicherungsnehmer geschlossen. Zahlungszusagen oder sonstige mit der DWS FlexPension eingegangene Verpflichtungen der DWS Investment S.A. bestehen ausschließlich gegenüber DWS FlexPension zugunsten der Anleger der Teilfonds. Es wird dadurch kein Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten der Versicherungsnehmer begründet.
- (2) Die DWS Investment S.A. ist eine Verwaltungsgesellschaft, die in Übereinstimmung mit Kapitel 13 des Luxemburger Gesetzes vom 20. Dezember 2002 über Organismen für gemeinsame Anlagen zugelassen wurde und von der Commission de Surveillance du Secteur Financier in Luxemburg beaufsichtigt wird.
- (3) Die uniVersa Lebensversicherung a.G. übernimmt keine Garantie für den Wert der Anteile zu einem bestimmten Zeitpunkt.

§ 5 Wie funktioniert das Investment in die Teilfonds?

- (1) Grundsätzlich beabsichtigt die DWS FlexPension, jährlich am ersten Handelstag im Juli, an dem Geschäftsbanken in Frankfurt am Main geöffnet sind, mindestens einen neuen Teilfonds aufzulegen, um damit Laufzeiten über 15 Jahren abzubilden. Ein neuer Teilfonds wird vorbehaltlich der Regelung in § 7 und § 9 so eingerichtet, dass er zum Zeitpunkt der Auflegung genau die Höchststandgarantie zum Laufzeitende des Teilfonds mit der nächst kürzeren Restlaufzeit fortsetzt, sodass bei jeder automatischen Umschichtung einmal erworbene Höchststandgarantien erhalten bleiben.
- (2) Wir werden Ihre künftigen Mittel, die zur Investition durch uns in einen Teilfonds bestimmt sind, stets zu dem Stichtag eines Teilfonds investieren, der auf die Überschusszuteilung bzw. auf die

Beitragsfähigkeit folgt oder mit dieser zusammenfällt. Sind die Besonderen Bedingungen für das Garantiefondskonzept DWS FlexPension im Rahmen einer fondsgebundenen Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie im Sinne des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes oder im Rahmen einer fondsgebundenen Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie/DV vereinbart, erfolgt die Investition zu demjenigen Stichtag, der auf den Geldeingang folgt. Diese Stichtage entsprechen den Höchststandstichtagen des § 3 Abs. (1).

a) Künftige Mittel

Innerhalb des Fondskonzeptes werden wir alle künftigen Mittel, welche für die Investition in Teilfonds vorgesehen sind, automatisch in den Teilfonds mit der längstmöglichen Restlaufzeit, dessen Laufzeitende vor dem Beginn des mit Ihnen vereinbarten Garantitermins Ihrer Versicherung liegt oder mit diesem zusammenfällt, investieren. Daher ist der vertraglich vereinbarte Garantitermin maßgeblich für die Auswahl geeigneter Teilfonds. Nähere Informationen zu den Teilfonds finden Sie in den Fondsinformationen.

b) Vorhandenes Fondsvermögen

Immer dann, wenn ein neuer Teilfonds aufgelegt wird, dessen Laufzeitende am 31. Dezember eines Jahres vor dem Garantitermin liegt oder mit diesem zusammenfällt, schichten wir automatisch – vorbehaltlich der Regelung in § 7 und § 9 – erworbene Teilfondsanteile des Teilfonds mit der nächst kürzeren Restlaufzeit in den neuen Teilfonds um.

- c) Investment, sofern der Beginn der Rentenzahlung bei Rentenversicherungen bzw. der Ablauftermin bei Kapital-, Risiko- und Vermögensbildungsversicherungen sowie Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen nicht unmittelbar auf das Laufzeitende des nächst kürzeren Teilfonds folgt.

Zum Laufzeitende eines Teilfonds endet die Garantiezusage der DWS Investment S.A. Falls der Ablauftermin bzw. Rentenbeginn Ihrer Versicherung nicht unmittelbar auf das Laufzeitende des nächst kürzer laufenden Teilfonds folgt, werden wir grundsätzlich die Übertragung des Guthabens und der weiteren künftigen Mittel bis zum Ablauftermin bzw. Rentenbeginn in einen Fonds veranlassen, der den Erhalt des Kapitals bei niedrigem Risiko und üblichen Zinserträgen erwarten lässt (z.B. Geldmarktfonds oder geldmarktnaher Fonds außerhalb des Garantiefondskonzeptes der DWS FlexPension). Anstelle des von uns ausgewählten Fonds können Sie auch einen anderen der zur Verfügung stehenden Fonds (außerhalb des Garantiefondskonzeptes der DWS FlexPension) für die Übertragung des Guthabens und gegebenenfalls die Zuführung künftiger Mittel wählen.

Bitte beachten Sie, dass die Fonds außerhalb des Garantiefondskonzeptes der DWS FlexPension nicht über eine Höchststandgarantie der DWS Investment S.A. verfügen und daher gegebenenfalls dem vollen Marktrisiko ausgesetzt sind. Nach der Übertragung des Guthabens sind daher – auch noch kurz vor dem Ablauftermin bzw. Rentenbeginn Ihrer Versicherung – Kursschwankungen möglich, die die Höhe des Guthabens Ihrer Versicherung erheblich beeinflussen können.

- d) Sofern das Garantiefondskonzept DWS FlexPension für das Überschusssystem Fondsanlage vereinbart ist und der Ablauftermin bzw. der Rentenbeginn Ihrer Versicherung nicht dem Garantitermin entspricht, werden wir abweichend von den Regelungen in Abs. (2) c) zum Laufzeitende des letzten Teilfonds das im Teilfonds befindliche Guthaben sowie Ihre künftigen laufenden Überschussanteile verzinslich ansammeln.

Für den Fall, dass das Garantiefondskonzept DWS FlexPension für das Überschusssystem Fondsanlage zu einer Rentenversicherung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) EStG (Basisversorgung) vereinbart ist, werden wir – sofern der Beginn der Rentenzahlung nicht dem Garantitermin entspricht – zum Laufzeitende des letzten Teilfonds das im Teilfonds befindliche Guthaben sowie Ihre künftigen laufenden Überschussanteile nach den dann für den Neuzugang geltenden Rechnungsgrundlagen zur Erhöhung der künftigen Altersrentenleistung (Bonusrente) verwenden.

- e) Für automatische Umschichtungen gemäß Abs. (2) erheben wir keine Gebühren.

§ 6 Was gilt bei vorzeitiger Rückgabe von Anteilen an einem Teilfonds (z.B. bei Vorverlegung des Rentenbeginns oder Ende der Versicherung durch Tod oder Kündigung) oder Fondswechsel?

- (1) Bei vorzeitiger Rückgabe der Anteile (z.B. beim Fondswechsel, bei Kündigung Ihres Versicherungsvertrages oder im Todesfall) eines Teilfonds vor dessen Laufzeitende besteht keinerlei Mindestanspruch oder Garantieanspruch der uniVersa Lebensversicherung a.G. gegenüber der DWS Investment S.A. Bitte beachten Sie, dass die Höchststandgarantie nur zum Laufzeitende des jeweiligen Teilfonds gilt und nicht bei einer vorzeitigen Rückgabe. Es ist nicht Ziel der Anlagepolitik der Teilfonds, die zuletzt erreichte Höchststandgarantie während der Laufzeit eines Teilfonds einzuhalten. Die Wertsicherung des DWS FlexPension Garantiefonds konzeptes bezieht sich nur auf den Garantiezeitpunkt am Laufzeitende eines Teilfonds. Konzeptbedingt kann sich der Netto-Inventarwert eines Teilfonds deshalb bis zum Laufzeitende unter dem jeweils erreichten Höchststand befinden.
- (2) Eine Rückgabe von Anteilen des jeweiligen Teilfonds kann unter Berücksichtigung der Orderannahmeschlusszeiten nur am ersten Handelstag eines jeden Monats sowie am sechsten Handelstag vor Monatsultimo eines jeden Monats, an dem Geschäftsbanken in Frankfurt am Main geöffnet sind („Rücknahmetag“) zu dem an diesem Tag berechneten Netto-Inventarwert veranlasst werden. Die Rückgabe von Anteilen der Teilfonds erfolgt durch uns ausschließlich auf Basis des aktuellen Verkaufsprospekts der DWS FlexPension.

§ 7 Was gilt für neu aufzulegende Teilfonds in extremen Marktsituationen?

- (1) In extremen Marktsituationen kann es sich für die erwartete Wertentwicklung eines neu aufzulegenden Teilfonds als ungünstig erweisen, die Höchststandgarantie des Teilfonds mit der nächst kürzeren Restlaufzeit fortzusetzen. In einem solchen Fall behält sich die DWS FlexPension vor, einen neu aufzulegenden Teilfonds so einzurichten, dass die Höchststandgarantie des neuen Teilfonds nicht die vergangene Höchststandgarantie fortsetzt und nur für zukünftige Einzahlungen gilt. Ein derartiges Szenario könnte zum Beispiel dann auftreten, wenn der Teilfonds mit der längsten Restlaufzeit nur einen sehr geringen Investitionsgrad in die Wertsteigerungs-Komponente besitzt.

Das ist insbesondere dann der Fall, wenn in den letzten drei Monaten vor Auflegung eines neuen Teilfonds abzusehen ist, dass der Investitionsgrad in Anlagen der Wertsteigerungs-Komponente für den neu aufgelegten Teilfonds bei Auflegung unter 50 % liegen würde. Hier behält sich die DWS FlexPension vor, neu aufzulegende Garantiefonds nicht mit dem Garantieniveau und dem Netto-Anteilwert des Teilfonds mit der nächst kürzeren Laufzeit aufzulegen, sondern mit einem neutralen Netto-Anteilwert und Garantieniveau zum Laufzeitende.

- (2) In diesem Fall werden wir nur Ihre künftigen Mittel in einen solchen neuen Teilfonds anlegen, jedoch auf die automatische Umschichtung gemäß § 5 Abs. (2) b) von bereits aufgebautem Fondsvermögen in den neu aufgelegten Teilfonds verzichten. Stattdessen verbleibt ein vorhandenes Fondsvermögen im ursprünglichen Teilfonds bis zu dessen Laufzeitende bzw. bis ein geeigneter neuer Teilfonds aufgelegt wird, in den ein Umschichten des bestehenden Fondsvermögens ohne Verzicht auf die erworbene Höchststandgarantie möglich ist.
- (3) Das beschriebene Vorgehen stellt in diesem Fall sicher, dass Ihre künftigen Mittel wieder verstärkt an den Chancen des Kapitalmarktes teilhaben können.

Ihre bislang erzielte Höchststandgarantie wird in Bezug auf das bisherige Fondsvermögen dadurch nicht berührt.

§ 8 Was passiert, wenn DWS FlexPension Teilfondsanteile zurückkauft oder die Anlage künftiger Mittel in Teilfonds nicht mehr möglich ist?

- (1) Sollte DWS FlexPension Fondsanteile zurückkaufen oder die Anlage künftiger Mittel in Teilfonds nicht mehr möglich sein, werden wir Sie hierüber schriftlich benachrichtigen und zu einer Investitionsentscheidung auffordern. Ein eventueller Rückkauf von Anteilen erfolgt zum tagesaktuellen Netto-Inventarwert, der nicht den Garantiewerten des § 3 Abs. (1) entspricht, es sei denn, der Rückkauf erfolgt zum Laufzeitende des Teilfonds. Dieser Rückkauf ist nur möglich, wenn dies im Interesse und Schutz der Investmentgesellschaften oder der Anteilinhaber erforderlich ist.
- (2) Sie haben ab Zugang dieses Benachrichtigungsschreibens sechs Wochen Gelegenheit, als Ersatz andere Fonds aus unserem Angebot zu wählen, in die das Fondsguthaben des betroffenen Teilfonds umgeschichtet werden soll und in denen an Stelle des betroffenen Teilfonds die künftigen Mittel angelegt werden sollen. Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt.
- (3) Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung von Ihnen zu, gilt der von uns genannte Fonds als von Ihnen ausgewählt. Auf diesen Fonds werden wir Sie einschließlich der Kriterien für dessen Auswahl in unserer schriftlichen Benachrichtigung ausdrücklich hinweisen. Den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen ebenfalls in unseren schriftlichen Benachrichtigungen mitteilen.
- (4) Bis zum Ablauf der sechswöchigen Frist werden wir den Wert Ihrer Anteile am Fondsguthaben des Teilfonds zum Laufzeitende und die zukünftigen Mittel in einen Fonds investieren, der den Erhalt des Kapitals bei niedrigem Risiko und üblichen Zinserträgen (z.B. Geldmarktfonds oder geldmarktnaher Fonds) erwarten lässt.

§ 9 Was passiert, wenn die Neuauflage von Teilfonds ganz oder teilweise ausgesetzt wird?

Die DWS FlexPension und die DWS Investment S.A. behalten sich vor, die Neuauflage von Teilfonds ganz oder teilweise auszusetzen. In diesem Fall können zukünftige Mittel nicht mehr in Teilfonds angelegt werden. Soweit Mittel nicht länger in Teilfonds angelegt werden können, besteht für diese keine Höchststandgarantie der DWS Investment S.A. Wir werden Sie in einem derartigen Fall über die Auswirkungen auf Ihren Vertrag informieren. Sie erhalten auch in diesem Fall Gelegenheit, als Ersatz andere Fonds aus unserem Angebot zu wählen, in die das Fondsguthaben umgeschichtet werden soll und in denen an Stelle des betroffenen Teilfonds die künftigen Mittel angelegt werden sollen. Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt

§ 10 Sonstiges

- (1) Leistungen, die aus dem Investment in Teilfonds resultieren, erbringen wir grundsätzlich in Euro; eine Leistung in Fondsanteilen kann nicht verlangt werden.
- (2) Die Verkaufsprospekte, Halbjahres- und Rechenschaftsberichte können bei der uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg, jederzeit angefordert werden.

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (B15)

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir – längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer – folgende Leistungen, sofern diese mitversichert sind:

a) Beitragsbefreiung

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

b) Leistungsdynamik der Beitragsbefreiung

Erhöhung des Beitrags für die Hauptversicherung entsprechend dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein dokumentierten Dynamiksat. Dies gilt nur, sofern das Recht auf planmäßige Erhöhungen (Dynamik) zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit nicht erloschen ist. Die Erhöhungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, erstmals zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. Weitere Einzelheiten werden in den „Besondere Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik“ geregelt.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit als 50 % besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

- (2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung pflegebedürftig im Sinne des § 2 Abs. (10) – (16) und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, so erbringen wir dennoch - längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer - die unter Abs. (1) a) und b) genannten Versicherungsleistungen.
- (3) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen entsteht ab dem Ersten des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
- (4) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen erlischt,
- a) wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt,
 - b) wenn eine andere Tätigkeit nach § 2 Abs. (3), Abs. (7) oder Abs. (10) konkret ausgeübt wird,
 - c) wenn bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit nach § 2 Abs. (10) – (16) wegfällt,
 - d) zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,
 - e) wenn die vertragliche Versicherungsdauer endet,
 - f) wenn die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles Student war und sie eine andere Tätigkeit nach § 2 Abs. (8) ausüben kann.

- (5) Bis zu unserer Erklärung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Auf Ihren schriftlichen Antrag hin werden wir die Beiträge zinslos stunden

- a) bis zu unserer Erklärung über die Leistungspflicht;
- b) im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung bis zur rechtskräftigen Entscheidung, längstens jedoch für die Dauer von 5 Jahren ab Zugang Ihrer Leistungsanforderung.

Die Stundung endet

- bei a) mit Zugang unserer Leistungsablehnung;
- bei b) mit rechtskräftiger Beendigung des gerichtlichen Verfahrens, spätestens mit Ablauf der Fünfjahresfrist.

Zum Ablauf der Stundung sind alle bis dahin ausstehenden Beiträge unverzüglich nachzuzahlen. Gleichzeitig ist die Beitragszahlung wieder aufzunehmen.

Sofern die Zahlung der gestundeten Beiträge in einer Summe nicht möglich sein sollte, kann auf Ihren Antrag hin

- ein Ausgleich durch Beginnverlegung,
- ein Ausgleich durch Verrechnung mit dem Deckungskapital oder den Überschussanteilen oder
- eine Ratenzahlung über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten

vereinbart werden.

- (6) – unbesetzt –

Auslandsaufenthalt

- (7) Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Dies gilt auch, wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr ausüben kann und auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der Sie aufgrund Ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Ist die versicherte Person als Selbständiger, Freiberufler, Betriebsinhaber oder in einer vergleichbaren Stellung tätig, in der sie auf die betriebliche Situation Einfluss nehmen kann und hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterworfen ist, so liegt Berufsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf darüber hinaus erst dann vor, wenn trotz zumutbarer Umorganisation des Betriebes oder Arbeitsplatzes sich der versicherten Person keine von ihr gesundheitlich noch zu bewältigenden Tätigkeitsfelder eröffnen bzw. verbleiben, in welchen sie mehr als 50 % mitarbeiten kann.

Eine Umorganisation ist zumutbar, insbesondere wenn sie wirtschaftlich vertretbar ist, die Ausübung der sich neu eröffneten bzw. verbliebenen Tätigkeitsfelder der Stellung der versicherten Person als Betriebsinhaber noch angemessen ist und die bisherige Lebensstellung wahren kann.

- (2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

- (3) Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer Ausbildung, Fähigkeiten und bisherigen Lebensstellung entspricht und in der der Grad der Berufsunfähigkeit geringer als 50 % ist. Damit verzichten wir auf die so genannte abstrakte Verweisung. Dieser Verweisungsverzicht gilt nicht, wenn die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles Student war (Abs. (8)).

Als der bisherigen Lebensstellung entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang

ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung richtet sich dabei nach dem jeweiligen konkreten Einzelfall und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommensreduzierung von mehr als 20 % im Vergleich zum jährlichen Bruttoarbeitseinkommen vor Eintritt der Berufsunfähigkeit sehen wir jedoch als nicht mehr zumutbar an.

- (4) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, wird für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit die vor dem Ausscheiden ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zu Grunde gelegt. Dies gilt sowohl für ein vorübergehendes Ausscheiden als auch für ein endgültiges Ausscheiden aus dem Berufsleben.

Infektionsklausel

- (5) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine gesetzliche Vorschrift oder eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit wegen Infektionsgefahr fortzuführen (vollständiges Tätigkeitsverbot/Beschäftigungsverbot), und sich dieses Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten erstreckt.

Berufsunfähigkeit liegt dagegen jedoch nicht vor, sofern die versicherte Person für die Dauer des Verbots von ihrem Arbeitgeber mit einer anderen Tätigkeit betraut wird oder wenn die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Schüler

- (6) Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person durch Krankheit, Körperverletzung oder Unfallfolgen voraussichtlich für mindestens 6 Monate so eingeschränkt ist, dass sie außerstande ist, als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen und auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt.

Eine spezielle Förderung liegt vor, wenn der Besuch einer Sonderschule oder sonderpädagogische Maßnahmen regelmäßig erforderlich sind. Das Wiederholen eines Schuljahres alleine gilt nicht als Berufsunfähigkeit.

- (7) Ist die versicherte Person Schüler im Sinne des Abs. (5) und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Unfallfolgen so eingeschränkt gewesen, dass sie außerstande war, weiterhin als Schüler an einem regulärem Schulunterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen und hat sie auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausgeübt, gilt die Fortdauer dieses Zustands rückwirkend von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Studenten

- (8) Ist die versicherte Person Student an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder Berufsakademie innerhalb der Europäischen Union und übt sie keine berufliche Tätigkeit im Sinne des Abs. (1) aus, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ihr Studium nicht mehr fortsetzen kann oder außerstande ist, entweder einen anderen Studiengang aufzunehmen, zu dem sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und der ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit auszuüben (abstrakte Verweisung).

Als eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung entspricht, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums der versicherten Person erreicht wird.

- (9) Ist die versicherte Person Student im Sinne des Abs. (8) und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die

ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen, ihr Studium an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder Berufsakademie innerhalb der Europäischen Union fortzusetzen oder einen anderen Studiengang, zu dem sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und der ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht aufzunehmen, oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit auszuüben gilt die Fortdauer dieses Zustands rückwirkend von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Pflegebedürftigkeit

- (10) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für die in Abs. (11) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- (11) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt: wir leisten bei 3 oder mehr Punkten.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

- Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

- (12) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen vor, wenn

- die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf

- die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

- (13) Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen liegt außerdem vor, wenn bei der versicherten Person seit mindestens 6 Monaten mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, vorliegen und in deren Folge die versicherte Person kontinuierliche Aufsicht benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde (mittelschwere oder schwere Demenz).

Eine mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist dann gegeben, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg vorliegt. Dies ist durch einen Facharzt (Neurologen) auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch verursacht wurden oder denen psychische Ursachen zugrunde liegen (z.B. Pseudodemenz), gelten nicht als mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen.

- (14) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 6 Monaten noch anhält.

- (15) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig (Abs. (10) – (14)) gewesen, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Pflegebedürftigkeit.

- (16) Sollte keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Abs. (10) – (14) gegeben sein, leisten wir dennoch, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI in der Fassung vom 15.07.2013 ist:

- a) Pflegebedürftig sind danach Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

- b) Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. Die Hilfe im Sinne des Abs. (15) a) besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

- c) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. (15) a) sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

- d) Für die Gewährung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

- e) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

- f) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,

3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem SGB V führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach Abs. (15) c) ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

Günstigerprüfung

Wir werden bei der Prüfung unserer Leistungspflicht in Folge Pflegebedürftigkeit nach Abs. (10) – (14) bzw. (16) von der für Sie jeweils günstigeren Definition ausgehen und diese unserer Leistungsprüfung zugrunde legen.

Leistungsausschluss

- (17) Wurden Leistungsausschlüsse oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen, so gelten diese sowohl für die Leistung bei Berufsunfähigkeit, als auch bei Pflegebedürftigkeit.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; wir werden jedoch leisten, wenn die Ursache der Berufsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen steht, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person, damit sind Versicherungsfälle aufgrund von fahrlässigen Verstößen (dies umfasst die leichte, die einfache und die grobe Fahrlässigkeit) im Straßenverkehr mitversichert;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

- (1)** Werden Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verlangt (Leistungsanforderung), so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Dokumente in anderen Sprachen sind auf unser Verlangen von einem in Deutschland öffentlich bestellten und allgemein vereidigten Übersetzer in deutscher Sprache zu übersetzen:
- a) amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - b) Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - c) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens, sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit; sowie über die durch das Leiden hervorgerufenen konkreten Einschränkungen beruflicher Tätigkeiten oder über die Pflegestufe;
 - d) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
 - e) bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich:
 - eine Darstellung der Ursachen für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
 - ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder behandelt oder untersucht haben, über Ursachen, Beginn, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

- gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchshebende zu tragen.

- (2)** Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten und die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für die Flüge der economy class erstattet. Die Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 EUR pro Übernachtung und für die Dauer der Untersuchung inklusive An- und Abreisetag übernommen.
- (3)** Lassen Sie operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die gesundheitliche Beeinträchtigung zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht entgegen. Sie sind allerdings verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie zum Beispiel das Einhalten einer Diät, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z.B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

§ 5 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wir unterstützen und beraten Sie im Leistungsfall, insbesondere bei Fragen

- zur Beantragung von Versicherungsleistungen
- zum Verfahren der Leistungsprüfung
- zum Umfang der Versicherungsleistung
- zum Nachweis der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit
- zu den beizubringenden Unterlagen
- zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit sowie
- zur betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen.

Hierzu stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung.

Im Einzelfall sind wir nach Abstimmung mit Ihnen gerne bereit, die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs bei Ihnen aufzunehmen.

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- (1)** Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von drei Wochen in Textform, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Ein zeitlich befristetes Leistungsanerkenntnis sprechen wir nicht aus.
- (2)** Während der Dauer der Prüfung unserer Leistungspflicht werden wir dem Antragsteller bzw. dem Versicherungsnehmer regelmäßig, spätestens alle vier Wochen, eine Information über fehlende Unterlagen oder den weiteren Verlauf der Prüfung unserer Leistungspflicht zukommen lassen.

§ 7 Bis wann können Ansprüche, bzw. bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden?

- (1)** Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu welchem dem Anspruchsteller unsere Entscheidung

in Textform zugeht (§ 15 VVG).

- (2) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 6) nicht einverstanden ist, kann er nach Zugang unserer Leistungsentscheidung unter Beachtung der Frist nach Abs. (1) den Anspruch gerichtlich geltend machen.

§ 8 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Diese andere konkret ausgeübte Tätigkeit wird nur berücksichtigt, sofern sie der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

Wir sind in den Fällen, bei denen die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles Student im Sinne des § 2 Abs. (8) war, ebenfalls berechtigt, nachzuprüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausüben kann, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Neu erworbene berufliche Fähigkeiten sind dabei zu berücksichtigen.

- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. (2) gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich schriftlich mitteilen.
- (4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Die Beitragszahlung muss zu Beginn der darauf folgenden Versicherungsperiode wieder aufgenommen werden.
- (5) Bei Wegfall der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Abs. (10) – (16) gelten Abs. (4) S. 2 bis 5 entsprechend.

§ 9 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Rentenversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens mit Ablauf der Aufschubzeit erlischt auch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

Vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung

- (2) Es gelten die Regelungen des § 6 der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ entsprechend. Wir können dabei die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung auch für sich allein wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kündigen, anpassen oder von ihr zurücktreten. Auch können wir die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für sich alleine wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Kündigung

- (3) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In den letzten fünf Versicherungsjahren kann die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Einen Rückkaufswert aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit entstanden – erhalten Sie nur, wenn Sie die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

Rückkaufwert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 VVG das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Zusatzversicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Versicherungsjahre ergibt (Mindestrückkaufwert). In jedem Fall werden wir die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachten.

Abzug

Von dem so ermittelten Rückkaufswert nehmen wir einen Abzug in Höhe von 5 Prozent des Deckungskapitals vor (sog. Stornoabzug). Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs ist im Zweifelsfall von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen wird, das heißt, der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im „Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

Zusätzlich zahlen wir die Ihrer Zusatzversicherung bereits zugeleiteten Überschussanteile, soweit sie nicht bereits mit Beiträgen verrechnet worden sind, sowie eine Schlusszahlung, soweit diese nach § 11 Abs. (2) für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 11 zugeleitete Bewertungsreserven.

- (4) – unbesetzt –

Beitragsfreistellung anstelle einer Kündigung

- (5) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Stellen Sie die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beitragsfrei, erlischt diese wegen Wegfall des versicherten Risikos. In diesem Fall verwenden wir das gemäß § 169 VVG nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital abzüglich eventueller Beitragsrückstände zur Erhöhung der beitragsfreien Leistungen Ihrer Hauptversicherung. Ein Abzug nach § 169 Abs. 5 VVG wird in diesem Fall nicht vorgenommen.
- (6) Sie können die Zusatzversicherung nach erfolgter Beitragsfrei-

stellung zusammen mit der Hauptversicherung ohne erneute Risikoprüfung wieder in Kraft setzen. Voraussetzung ist, dass Sie dies innerhalb von sechs Monaten seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung beantragen, innerhalb dieser sechs Monate den gesamten Beitragsrückstand ausgleichen und dass bis zur Zahlung des gesamten Beitragsrückstands die versicherte Person nicht berufsunfähig ist. Über weitere Möglichkeiten informieren wir Sie auf Anfrage gerne.

Beitragsstundung

- (7) Die Stundung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist nur zusammen mit der Hauptversicherung unter den Voraussetzungen von § 4 Abs. (7) der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ möglich.
- (8) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gilt Abs. (3) entsprechend.
- (9) Erbringen wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufwert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.
- (10) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung, Beitragsfreistellung oder Beitragsaussetzung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt.

§ 11 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Aus den nachfolgend dargestellten Grundsätzen zur Beteiligung an den Überschüssen ergeben sich jedoch keine Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an diesen.

- (1) **Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung der Versicherungsnehmer am Überschuss**
 - (a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht

in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung einschließlich der durch § 153 VVG vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56 b) des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56 b) VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherten auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Wenn wir die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Soweit auf §§ 153 VVG, 56b VAG und §§ 3,4 sowie 5 der Mindestrückstellungsverordnung Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2015 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahme erstreckt sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzende Vorschriften.

- (b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, entstehen, ordnen wir diese den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Die Zuteilung erfolgt bei Beendigung der Zusatzversicherung sowie bei Eintritt des Versicherungsfalls.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Weitere Informationen zur Ermittlung und Beteiligung an den Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss

- (a) Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gehört zum Gewinnverband „Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung-2015“ im Abrechnungsverband „Berufsunfähigkeitsversicherung (einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Sie ist grundsätzlich gesondert am Überschuss des Abrechnungsverbandes beteiligt. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteile wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

(b) Überschussanteile

aa) Laufende Überschussanteile

Ihre Versicherung erhält jährlich, erstmalig zum Ende des ersten Versicherungsjahres, laufende Überschussanteile.

Die laufenden Überschussanteile werden bei

- Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung in Prozent des Bruttobeitrages
- Versicherungen im Leistungsfall als Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals zum Überschusszuteilungstermin

bemessen.

bb) Schlusszahlung

Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erhält – sofern daraus keine Leistungen erbracht wurden – bei Ablauf der Versicherungsdauer eine Schlusszahlung.

Diese wird in Prozent der gezahlten Beitragssumme während der beitragspflichtigen Zeit, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag in Prozent des Bruttoeinmalbeitrages bemessen.

Bei Tod der versicherten Person, bei Rückkauf oder Eintritt der Berufsunfähigkeit wird eine verminderte Schlusszahlung geleistet.

(c) Überschussbeteiligungssysteme und Beteiligung an den Bewertungsreserven

Folgende Überschussbeteiligungssysteme können von Ihnen gewählt werden:

aa) Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung

1) Verzinsliche Ansammlung

Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Hauptversicherung ausbezahlt. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird, sofern eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, dieses Guthaben nach Abs. (2) (c) cc) verwendet.

Bei Beendigung der Zusatzversicherung berechnen wir Ihren Anteil an den Bewertungsreserven entsprechend dem Verhältnis der Summe der Überschussguthaben abgelaufener Versicherungsjahre zur Summe der Deckungskapitalien und Überschussguthaben abgelaufener Versicherungsjahre aller anspruchsberechtigten Verträge.

2) Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen

Die laufenden Überschussanteile werden mit den Beiträgen verrechnet. Die erste Verrechnung erfolgt dabei zu Beginn des ersten Versicherungsjahres. Bei Beitragsfreistellung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung erfolgt eine Umstellung in das System der verzinslichen Ansammlung nach Abs. (2) (c) bb) 1).

3) Fondsanlage

Die laufenden Überschussanteile werden zum Kauf von Fondsanteilen verwendet. Weitere Einzelheiten zum Überschussystem Fondsanlage finden Sie in den „Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage“.

Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird, sofern eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, der Wert der vorhandenen Anteile nach Abs. (2) (c) cc) verwendet. Ist keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, verbleiben die angesammelten Fondsanteile im Vertrag und werden bei Beendigung der Hauptversicherung ausgezahlt.

bb) – unbesetzt –

cc) Versicherungen im Leistungsfall

Die laufenden Überschussanteile werden der Hauptversicherung gutgeschrieben.

(3) Information über die Höhe der Beteiligung am Überschuss

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 12 Welche Regelungen gelten sonst noch?

(1) Von der Möglichkeit des § 163 VVG, die Beiträge bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen neu festzusetzen (zu erhöhen), werden wir keinen Gebrauch machen. Der vereinbarte Beitrag (ohne Verrechnung der Überschussanteile) ist also garantiert.

(2) Soweit in diesen Bedingungen nichts Anderes bestimmt ist, finden die „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ sinngemäß Anwendung.

121-153 01.2015

Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung mit Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Kapitalzahlung bei Invalidität zu einer aufgeschobenen oder fondsgebundenen Rentenversicherung (BU-Opti)

§ 1 Was ist versichert?

Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung

(1) Sie haben das Recht, während der Vertragslaufzeit dieser Zusatzversicherung für die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsversicherung nach den dann für das Neugeschäft geltenden Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien abzuschließen, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung stattfindet. Dieses Recht gilt für eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit:

- einer vollständigen Beitragsbefreiung,
- einer versicherten Jahresrente in Höhe von bis zu 12.000 EUR und
- einer maximalen Vertragslaufzeit bis zum rechnungsmäßigen¹

¹ Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

67. Lebensjahr der versicherten Person.

Die Ausübung des Optionsrechtes ist möglich, wenn die versicherte Person nachweislich:

- a) eine betriebliche Berufsausbildung (duales System) in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf, in der eine Ausbildungsvergütung gewährt wird, beginnt,
- b) eine schulische Berufsausbildung mit staatlich anerkanntem Abschluss, in der eine Ausbildungsvergütung gewährt wird, beginnt,
- c) eine Ausbildung im Vorbereitungsdienst als Beamter auf Widerruf beginnt,
- d) nach erfolgreich abgeschlossener Fachschul-, Fachhochschul- bzw. Hochschulbildung erstmalig ein nicht nur ge-

ringfügiges Beschäftigungsverhältnis beginnt bzw. erstmalig eine nicht nur geringfügige selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit aufnimmt. Als Maßstab für die Geringfügigkeit gelten die Regelungen des § 8 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV).

Wenn zum Zeitpunkt der Optionsausübung im Rahmen unserer Produktpalette mehrere Berufsunfähigkeitsversicherungen verfügbar sind, gilt das Optionsrecht für eine Berufsunfähigkeitsversicherung, die nicht nach Berufsgruppen unterscheidet.

(2) – entfällt –

(3) Das Optionsrecht können Sie nur innerhalb von sechs Monaten nach Beginn eines der in Abs. (1) a) bis d) genannten Ereignisse, spätestens mit Vollendung des 30. Lebensjahres der versicherten Person, schriftlich ausüben. Das Vorliegen eines der in Abs. (1) a) bis d) genannten Ereignisse ist uns innerhalb der in Satz 1 genannten Frist nachzuweisen. Zu diesem Zweck ist uns mit Ausübung des Optionsrechtes im Original bzw. als amtlich beglaubigte Kopie einzureichen im Fall des Buchstaben:

- a) der Ausbildungsvertrag;
- b) der Ausbildungsvertrag;
- c) die Ernennungsurkunde;
- d) ein Nachweis über die erfolgreiche Beendigung der Fachschul-, Fachhochschul- bzw. Hochschulausbildung und der Arbeits-/ Dienstvertrag bzw. die Gewerbeanmeldung (bei Freiberuflern: die Anmeldung der freiberuflichen Tätigkeit beim Finanzamt).

Wird eines der in Abs. (1) a) bis d) genannten Ereignisse innerhalb der Frist nach Abs. (3) Satz 1 nachgewiesen, beginnt die Berufsunfähigkeitsversicherung mit dem Ersten des Monats, der auf den Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechtes folgt. Wird der Nachweis nicht innerhalb der Frist nach Abs. (3) Satz 1 erbracht, erlischt das Optionsrecht für das jeweilige Ereignis.

(4) Nach Ausüben des Optionsrechtes errechnet sich der Beitrag für die Berufsunfähigkeitsversicherung insbesondere nach dem dann für das Neugeschäft geltenden Tarif des Versicherers, dem Versicherungsumfang, dem ausgeübten Beruf und dem dann erreichten Eintrittsalter der versicherten Person.

(5) Das Optionsrecht ist ausgeschlossen, wenn gemäß Abs. (6) aufgrund Invalidität im Sinne der Abs. (7) bis (9) die Kapitalzahlung geleistet wurde.

(6) Kapitalzahlung bei Invalidität

a) Sie haben das Recht, eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe von 30.000 EUR zu verlangen, wenn

- eine unfreiwillige Verletzung oder Erkrankung bei der versicherten Person,
- nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten ab Versicherungsbeginn,
- während der Vertragslaufzeit dieser Zusatzversicherung,
- nach Vollendung des 2. Lebensjahres und vor Vollendung des 30. Lebensjahres,
- zur Invalidität im Sinne des Abs. (7) führt und
- die versicherte Person einen Zeitraum von 30 Tagen nach Eintritt der Invalidität überlebt.

Die Wartezeit von drei Monaten gilt nicht, wenn die Invalidität im Sinne des Abs. (7) durch einen Unfall im Sinne des Abs. (6) b) Satz 2 und 3 verursacht wurde.

Bei Kapitalzahlung endet diese Zusatzversicherung und damit das Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (s. § 2 b).

b) Tritt Invalidität im Sinne des Abs. (7) vor Vollendung des 2. Lebensjahres ein, kann eine Kapitalzahlung nur verlangt werden, wenn die Invalidität im Sinne des Abs. (7) Folge eines Unfalles im Sinne dieser Bedingung ist und die versicherte Person einen Zeitraum von 30 Tagen nach Eintritt der Invalidität überlebt. § 3 gilt entsprechend.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingung liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper

wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(7) Invalidität im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei:

a) Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 (Pflegestufen I, II bzw. III) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der Fassung vom 15.07.2013.

Pflegebedürftig sind danach Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. Die Hilfe im Sinne des Abs. (15) a) besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. (15) a) sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Für die Gewährung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Ver-

¹ Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

sorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem SGB V führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach Abs. (15) c) ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

- b) einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 % (Schwerbehinderung) im Sinne des § 2 Abs. (2) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in der Fassung vom 14.12.2012. Danach sind Menschen schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 % vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 dieses Gesetzes rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

- c) Schwerer Erkrankung (Dread Disease);

Als schwere Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- Krebs (maligne, bösartige Tumore);

Das ist eine Erkrankung, die sich durch Vorliegen eines oder mehrerer Tumoren manifestiert und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner, bösartiger Zellen sowie durch eine Infiltration in normales Gewebe charakterisiert ist. Die Diagnose muss von einem Facharzt des jeweiligen medizinischen Fachgebietes gestellt und durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) untermauert werden. Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein. Eingeschlossen sind Leukämie und Lymphome.

Ausgeschlossen sind jedoch alle Tumoren, die histologisch als prä-maligne beschrieben werden oder eine frühe maligne Veränderung zeigen, alle CIN Stadien (zervikale intraepitheliale Neoplasie), alle Carcinomata in situ, Basalzell- und Spindelzellkarzinome, malignes Melanom Stadium IA (T1a N0 M0) sowie jegliche Tumoren in Gegenwart einer HIV-Infektion.

- Niereninsuffizienz (Nierenversagen);

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt. Die Diagnose des chronischen Nierenversagens muss von einem Facharzt aus diesem medizinischen Fachgebiet bestätigt werden.

- Organtransplantation;

Erfolgreich abgeschlossene Transplantation von Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Dünndarm oder Knochenmark bei der versicherten Person als Organempfänger. Transplantationen aller anderen Organe, Organteile oder andere Gewebetransplantationen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Der Abschluss einer erfolgreichen Transplantation ist von einem Facharzt aus dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet zu bestätigen.

- (8) Fachärzte im Sinne dieser Bedingungen sind approbierte Fachärzte, die in Deutschland niedergelassen oder in einem Krankenhaus tätig sind. Wir können auch auf Antrag Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen, als Facharzt im Sinne

dieser Bedingungen anerkennen.

- (9) Bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge für diese Zusatzversicherung in voller Höhe weiter entrichten; zu viel gezahlte Beiträge werden wir jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

- (10) – unbesetzt –

- (11) Wenn bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres weder

- eine Invalidität der versicherten Person nach den Abs. (7) bis (9) eingetreten ist und deshalb die Kapitalzahlung gewählt wird, noch

- das Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres der versicherten Person ausgeübt worden ist,

zahlen wir das vorhandene Deckungskapital aus dieser Zusatzversicherung.

§ 2 Wann endet diese Zusatzversicherung?

Diese Zusatzversicherung endet:

- a) mit dem Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung nach wirksamer Ausübung des Optionsrechtes nach § 1 Abs. (3);

- b) bei Wahl der Kapitalzahlung 30 Tage nachdem Invalidität nach § 1 Abs. (7) bis (9) eingetreten ist;

- c) bei Ableben der versicherten Person;

- d) mit Wirksamwerden der Kündigung;

- e) mit Vollendung des 30. Lebensjahres der versicherten Person.

§ 3 In welchen Fällen ist der Anspruch auf die Kapitalzahlung bei Invalidität ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht – mit Ausnahme von § 1 Abs. (6) b) – unabhängig davon, wie es zu der Invalidität gekommen ist.

- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Invalidität verursacht ist:

- a) durch Unfälle auf Grund von Geistes- und Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen, sowie durch Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden. Es besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;

- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; wir werden jedoch leisten, wenn die Ursache der Invalidität in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen steht, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;

- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter vorsätzlich die Invalidität der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne Krankheiten. Diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der einzelnen Krankheit in § 1 Abs. (7) c) aufgeführt.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn eine Kapitalzahlung bei Invalidität verlangt wird?

(1) Wird wegen Invalidität nach § 1 Abs. (7) bis (9) die Kapitalzahlung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen im Original bzw. als amtlich beglaubigte Kopie einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Invalidität;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens;
- c) Ihre Erklärung, dass Sie die Kapitalzahlung wählen und dadurch das Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung aufgeben;

bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich:

- d) der Bescheid über die Pflegebedürftigkeit gemäß Sozialgesetzbuch der Pflegekasse bzw. der Pflegeversicherung;
- e) eine Darstellung der Ursachen für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- f) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder behandelt oder untersucht haben, über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- g) eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- h) gegebenenfalls andere Leistungsbescheide des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung.

bei Schwerbehinderung zusätzlich:

- i) der Bescheid des Versorgungsamts über die Schwerbehinderung;

bei schwerer Erkrankung zusätzlich:

- j) ausführliche Berichte der Fachärzte aus dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben zur Bestätigung des Vorhandenseins einer schweren Erkrankung unter Angabe der vollständigen wissenschaftlichen Diagnosen und der erhobenen Befunde.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

§ 5 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach § 4?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 von Ihnen, der versicherten Person, deren gesetzlicher Vertreter oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Der Anspruch auf Kapitalzahlung bei Invalidität bleibt jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch diese Zusatzversicherung ohne Anspruch auf einen Rückkaufswert oder eine beitragsfreie Leistung.

(2) Die Zusatzversicherung können Sie für sich allein kündigen. Bei Kündigung erlischt diese Zusatzversicherung ohne Anspruch auf einen Rückkaufswert oder eine beitragsfreie Leistung.

(3) Wird die Hauptversicherung beitragsfrei gestellt, so erlischt diese Zusatzversicherung ohne Anspruch auf einen Rückkaufswert oder eine beitragsfreie Leistung.

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Aus den nachfolgend dargestellten Grundsätzen zur Beteiligung an den Überschüssen ergeben sich jedoch keine Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an diesen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung der Versicherungsnehmer am Überschuss

(a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für die versicherten Risiken und die Kosten niedriger sind, als bei der Tariffkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todes-

fall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer einschließlich der durch § 153 VVG vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56 b) des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56 b) VAG können wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Interesse der Versicherten auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Soweit auf §§ 153 VVG, 56b VAG und §§ 3,4 sowie 5 der Mindestrückstellungsverordnung Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2015 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahme erstreckt sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzende Vorschriften.

- (b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Die Zuteilung erfolgt bei Beendigung der Zusatzversicherung.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Weitere Informationen zur Ermittlung und Beteiligung an den Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss

Ihre Zusatzversicherung gehört zum Gewinnverband „Invaliditäts-Zusatzversicherung-2015“ im Abrechnungsverband „Übrige Tarife, aber ohne Sonstige Lebensversicherung“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Sie ist grundsätzlich gesondert am Überschuss des Abrechnungsverbandes beteiligt. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Ab Versicherungsbeginn erhält Ihre Zusatzversicherung eine Überschussbeteiligung in Form einer Erhöhung der Kapitalzahlung bei Invalidität im Sinne dieser Bedingungen. Der Erhöhungsbetrag der Kapitalzahlung wird jährlich neu festgesetzt.

Bei Beendigung der Zusatzversicherung beteiligen wir Sie an den

Bewertungsreserven. Dazu berechnen wir Ihren Anteil entsprechend dem Verhältnis der Summe der Deckungskapitalien abgelaufener Versicherungsjahre zur Summe der entsprechenden Deckungskapitalien und Überschussguthaben aller anspruchsberechtigten Verträge.

(3) Information über die Höhe der Beteiligung am Überschuss

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 8 Wann kann der Beitrag angepasst werden?

- (1) Gemäß § 163 VVG sind wir berechtigt, bei einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags, auch für bestehende Versicherungen den Beitrag für diese Zusatzversicherung entsprechend den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Voraussetzung ist, dass der neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die oben genannten Voraussetzungen für die Änderung überprüft und bestätigt hat.

Die Neufestsetzung des Beitrages ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

- (2) Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrages nach Abs. (1) die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.
- (3) Beitragsänderungen und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Abs. (1) entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.
- (5) Sind Sie mit der Zahlung des neu festgesetzten Beitrages nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Benachrichtigung diese Zusatzversicherung mit sofortiger Wirkung kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt der Fälligkeit des neu festgesetzten Beitrages.

§ 9 Welche Regelungen gelten sonst noch?

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ bzw. sofern dieser Tarif zu einer fondsgebundenen Rentenversicherung abgeschlossen wurde die „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung“ sinngemäß Anwendung.

Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Dynamik (Versicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung)

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

- (1) Der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jährlich wie mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert.
- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (3) Die Erhöhungen erfolgen längstens bis drei Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen der Beiträge und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns (Erhöhungstermin).
- (2) Sie erhalten vor dem Erhöhungstermin einen Nachtrag zum Versicherungsschein über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen bzw. die erhöhten Beiträge?

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen¹ Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und der Versicherungsdauer bzw. Aufschubzeit nach den Rechnungsgrundlagen der bestehenden Versicherung. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages geltenden Bedingungen und getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen, soweit nicht in Abs. (2) etwas anderes bestimmt ist.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Frist der § 15 Abs. (13) – Verletzung der Anzeigepflicht – und § 14 Abs. (3) und Abs. (4) – Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen der „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung“ nicht erneut in Lauf. § 17 der „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung“ gilt auch für die Erhöhungsver sicherung.

§ 5 Wann werden die Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen.
- (2) Das Recht auf weitere Erhöhungen erlischt, wenn Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie mit Dynamik

(Versicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung)

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

- (1) Der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jährlich wie mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert.
- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (3) Die Erhöhungen erfolgen längstens bis fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen der Beiträge und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns (Erhöhungstermin).
- (2) Sie erhalten vor dem Erhöhungstermin einen Nachtrag zum Versicherungsschein über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen bzw. die erhöhten Beiträge?

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen¹ Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und Versicherungsdauer bzw. Aufschubzeit nach den Rechnungsgrundlagen der bestehenden Versicherung.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages geltenden Bedingungen und getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen, soweit nicht in Abs. (2) etwas anderes bestimmt ist.
- (2) § 15 der „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie“ gilt auch für die Erhöhungsver sicherung.

§ 5 Wann werden die Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen.
- (2) Das Recht auf weitere Erhöhungen erlischt, wenn Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Tarifbedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen nach Tarif 7170

(Kapitalversicherung auf den Todesfall mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer ohne Gesundheitsfragen)

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre stirbt. Bei Ableben innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre beschränkt sich unsere Versicherungsleistung auf die Erstattung aller einbezahlter Beiträge ohne Zinsen. Bei Unfalltod der versicherten Person wird, anstelle der einbezahlten Beiträge, die vereinbarte Versicherungssumme auch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre voll ausbezahlt.
- (2) Außer den im Anhang ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 10).

§ 2 Was ist ein Unfalltod im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfalltod liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet und innerhalb eines Jahres nach dem Unfall verstirbt. Das Unfallereignis muss nach dem Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sein.

§ 3 In welchen Fällen beschränkt sich auch bei Unfalltod der Versicherungsschutz innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nur auf die einbezahlten Beiträge?

Kommt die versicherte Person durch eines der nachfolgend aufgeführten Unfallereignisse innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zu Tode, beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Erstattung der einbezahlten Beiträge ohne Zinsen.

- a) Unfallereignisse durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.

- b) Unfallereignisse, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- c) Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- d) Unfallereignisse, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- e) Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen; Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme

leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

- f) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch eines unter diese Versicherung fallenden Unfallereignisses veranlasst waren.

g) Infektionen

Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Satz 2 entsprechend.

- h) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

- i) Unfallereignisse infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.
- j) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person bei Unfalltod?

Erleidet die versicherte Person innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre einen Unfalltod im Sinne des § 2 und haben neben dem Unfallereignis Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 % zur Herbeiführung des Todes mitgewirkt, so vermindert sich die Versicherungssumme entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

§ 5 Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

- (1) Der Unfalltod der versicherten Person ist uns innerhalb von 48 Stunden mitzuteilen. An Unterlagen sind uns die notwendigen Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen einzureichen.
- (2) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen.
- (3) Uns ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- (4) Wird vorsätzlich oder grob fahrlässig entweder die Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht (Abs. (1) bis (3)) verletzt, so sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Wir bleiben jedoch zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung der Mitteilungs-

und Aufklärungspflicht ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weist der Ansprucherhebende nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung ausüben.

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- (1) Zur Feststellung unserer Leistungspflicht sind uns die erforderlichen Nachweise zu erbringen.
- (2) Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats nach Eingang sämtlicher, zur Leistungsprüfung erforderlicher Unterlagen, d.h. sowohl der uns vom Anspruchserhebenden eingereichten, als auch der von uns herangezogenen, gegenüber dem Anspruchserhebenden in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (3) Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(zu § 2 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen)

Die Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Es kann auch ein Einmalbeitrag vereinbart werden.

§ 8 Welche Kosten entstehen bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen)

Bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung werden wir vom Rückkaufswert zum Kündigungs- oder Beitragsfreistellungszeitpunkt einen Abzug in Höhe von 2 % vornehmen.

Dieser Abzug entfällt,

- wenn der Betrag aus garantiertem Rückkaufswert und der Rückkaufsleistung aus der Überschussbeteiligung die Versicherungssumme übersteigt, oder
- wenn Ihre Versicherung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung bereits beitragsfrei gestellt ist.

§ 9 Welche Mindestsummen gelten bei Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen)

Eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung ist möglich, wenn die sich ergebende beitragsfreie Versicherungssumme nicht unter 500 EUR sinkt.

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Betrag von 1500 EUR nicht unterschreiten.

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(zu § 14 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen)

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Kapitalversicherungen-2015 ohne Gesundheitsprüfung“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung (einschließlich vermögensbildende Lebensversicherungen) mit überwiegendem Todesfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherungen mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

- (1) Ihre Versicherung erhält zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile.
- (2) Die laufenden Überschussanteile bestehen aus einem Zinsüberschussanteil und einem Summenüberschussanteil. Beitragspflichtige Versicherungen erhalten darüber hinaus einen Risikoüberschussanteil und einen Grundüberschussanteil.
- (3) Der Zinsüberschussanteil wird in Prozent des Deckungskapitals zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres bemessen.

Der Summenüberschussanteil wird in Promille der Versicherungssumme bemessen.

Der Grundüberschussanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Jahresbeitrages bemessen.

Der Risikoüberschussanteil wird in Prozent des Risikobeitrages bemessen.
- (4) Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Tod der versicherten Person und bei Rückkauf ausbezahlt.
- (5) Bei Tod der versicherten Person nach Vollendung des 70. Lebensjahres werden zusätzlich Schlussüberschussanteile gewährt. Diese bestehen aus einem Schlussüberschussanteil I (Schlussbonus) und einem Schlussüberschussanteil II (Schlussanwartschaft).
- (6) Der Schlussbonus wird in Prozent des angesammelten Überschussguthabens aus den laufenden Überschussanteilen zum Ende der Versicherungsdauer bemessen.
- (7) Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Versicherung abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Promille der Versicherungssumme am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen.

Wird die Versicherungssumme herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Versicherungssummen der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.
- (8) Bei Kündigung und bei Tod der versicherten Person vor Vollendung des 70. Lebensjahres werden – nach Ablauf der Wartezeit – verminderte Schlussüberschussanteile ausbezahlt. Die Wartezeit beträgt ein Drittel der Versicherungsdauer (kaufmännisch gerundet auf volle Jahre) zuzüglich ein Jahr, höchstens jedoch 11 Jahre.
- (9) Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.
- (10) Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen.

Tarifbedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung nach Tarif 7172 – AktivLEBEN (Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall)

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person den im Versicherungsschein genannten Ablauftermin erlebt oder wenn sie vor diesem Termin stirbt.
- (2) Außer den garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 6).

§ 2 Welche Optionen können Sie ausüben?

(1) Flexible Zuwachsphase

Ist die flexible Zuwachsphase vereinbart, so schließt diese für eine Dauer von 5 Jahren an die Versicherungsdauer an. Während der flexiblen Zuwachsphase können Sie

- a) bei Vereinbarung einer abgekürzten Beitragszahlungsdauer keinen Beitrag entrichten und mit Frist von einem Monat die Beendigung der Versicherung verlangen.
- b) ohne abgekürzte Beitragszahlungsdauer weiterhin den vollen, einen verminderten oder gar keinen Beitrag – bei beitragsfreien Versicherungen ist in der flexiblen Zuwachsphase die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nicht möglich – entrichten und mit Frist von einem Monat zum Ende der jeweiligen Versicherungsperiode die Beendigung der Versicherung verlangen. Bei beitragsfreien Versicherungen beträgt diese Frist einen Monat.

Während der flexiblen Zuwachsphase sind Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht versichert. Bei Tod der versicherten Person während dieser Phase wird jene Versicherungssumme fällig, die sich nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation ergibt. Werte für die flexible Zuwachsphase können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(2) Flexibler Abruf

Sie haben das Recht, Ihren Vertrag aufzulösen oder beitragsfrei zu stellen, ohne dass ein Abzug vom Deckungskapital vorgenommen wird, wenn

- a) die verbleibende Versicherungsdauer nicht mehr als fünf Jahre beträgt oder
- b) der Betrag aus garantiertem Rückkaufswert und der Rückkaufsleistung aus der Überschussbeteiligung die Versicherungssumme übersteigt.

(3) Flexible Teilauszahlungen

Sie haben das Recht innerhalb der letzten 5 Jahre vor dem im Versicherungsschein genannten Ablauftermin, und bei vereinbarter flexibler Zuwachsphase, 5 Jahre nach dem im Versicherungsschein genannten Ablauftermin, einmal jährlich eine Teilauszahlung zu verlangen.

Im Falle einer Teilauszahlung setzen wir die Versicherungssumme auf eine neue Versicherungssumme herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Die maximale Höhe einer Teilauszahlung richtet sich danach, dass die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Betrag von 1.500 EUR nicht unterschreitet. Zu den dazu entstehenden Gebühren vgl. § 4.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(zu § 2 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

- (1) Die Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Es kann auch ein Einmalbeitrag vereinbart werden.
- (2) Bei Versicherungen ohne abgekürzte Beitragszahlungsdauer verlängert sich die Beitragszahlungsdauer bei Inanspruchnahme der flexiblen Zuwachsphase entsprechend.

§ 4 Welche Kosten entstehen bei Rückkauf, Beitragsfreistellung oder Vertragsänderungen mit Herabsetzung der Versicherungssumme?

Rückkauf oder Beitragsfreistellung
(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung werden wir vom Rückkaufswert zum Kündigungs- oder Beitragsfreistellungszeitpunkt einen Abzug in Höhe von 2 % vornehmen. Dieser Abzug entfällt,

- wenn die Bedingungen für den flexiblen Abruf vorliegen (§ 2 Abs. (2)), oder
- wenn Ihre Versicherung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung bereits beitragsfrei gestellt ist, oder
- während der flexiblen Zuwachsphase.

Vertragsänderungen mit Herabsetzung der Versicherungssumme

Wird im Rahmen einer von Ihnen veranlassten Vertragsänderung die Versicherungssumme herabgesetzt, so erheben wir dafür eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 0,5 % auf die Differenz zwischen alter und neuer Versicherungssumme. Diese Gebühr entnehmen wir dem Deckungskapital.

§ 5 Welche Mindestsummen gelten bei Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung ist möglich, wenn die sich ergebende beitragsfreie Versicherungssumme nicht unter 500 EUR sinkt.

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Betrag von 1.500 EUR nicht unterschreiten.

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(zu § 15 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Kapitalversicherungen-2015“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung (einschließlich vermögensbildende Lebensversicherungen) mit überwiegend Todesfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherungen mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versiche-

rungsunternehmen getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

- (1) Ihre Versicherung erhält zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile.
- (2) Die laufenden Überschussanteile bestehen aus einem Zinsüberschussanteil und einem Summenüberschussanteil. Beitragspflichtige Versicherungen erhalten darüber hinaus einen Risikoüberschussanteil und einen Grundüberschussanteil.
- (3) Der Zinsüberschussanteil wird in Prozent des Deckungskapitals zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres bemessen.

Der Summenüberschussanteil wird in Promille der Versicherungssumme bemessen.

Der Grundüberschussanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Jahresbeitrages bemessen.

Der Risikoüberschussanteil wird in Prozent des Risikobeitrages bemessen.
- (4) Für die Verwendung der laufenden Überschussanteile während der Versicherungsdauer können Sie bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung zwischen den Überschussystemen Verzinssliche Ansammlung und Fondsanlage wählen.

a) Verzinssliche Ansammlung

- 1) Die laufenden Überschussanteile werden bis zum Ablauf der Versicherung verzinsslich angesammelt. Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung wird das angesammelte Überschussguthaben ausbezahlt.
- 2) - unbesetzt -
- 3) Bei Ablauf der Versicherung werden zusätzlich Schlussüberschussanteile gewährt. Diese bestehen aus einem Schlussüberschussanteil I (Schlussbonus) und einem Schlussüberschussanteil II (Schlussanwartschaft).
- 4) Der Schlussbonus wird in Prozent des angesammelten Überschussguthabens aus den laufenden Überschussanteilen zum Ende der Versicherungsdauer bemessen.
- 5) Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Versicherung abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Promille der Versicherungssumme am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen.

Wird die Versicherungssumme herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Versicherungssummen der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.

b) Fondsanlage

- 1) Haben Sie sich für das Überschussystem Fondsanlage entschieden, werden die zugeteilten laufenden Überschussanteile zum Kauf von Fondsanteilen verwendet.
- 2) Bei Ablauf der Versicherung wird zusätzlich ein Schlussüberschussanteil (Schlussanwartschaft) gewährt. Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Versicherung abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Promille der Versicherungssumme am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen. Wird die Versicherungssumme herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Versicherungssummen der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.
- 3) Weitere Einzelheiten zum Überschussystem Fondsanlage finden Sie in den „Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage“.
- (5) Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung nach Ablauf der Wartezeit werden verminderte Schlussüberschussanteile ausbezahlt. Die Wartezeit beträgt ein Drittel der Versicherungsdauer (kaufmännisch gerundet auf volle Jahre) zuzüglich ein Jahr, höchstens jedoch 11 Jahre.
- (6) Für die Erhöhungsteile von Versicherungen mit Dynamik gilt Abs. (1) ab dem technischen Beginn der Erhöhung.
- (7) Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.
- (8) Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im „Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“.

§ 7 Freiwillige Zuzahlungen zur Laufzeitverkürzung

Sie können bei Versicherungen ohne abgekürzte Beitragszahlungsdauer durch freiwillige Zuzahlungen in Höhe von mindestens jeweils 200 EUR die Vertragsdauer abkürzen. Entsprechend der Zuzahlung werden wir den Ablauftermin Ihrer Versicherung nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik neu berechnen.

121-153 01.2015

**Tarifbedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung
ohne Gesundheitsfragen nach Tarif 7179 – AktivLEBEN^{aufbau}
(Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall ohne Gesundheitsfragen)**

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre stirbt, spätestens bei Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer. Bei Ableben innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre beschränkt sich unsere Versicherungsleistung auf die Rückerstattung der eingezahlten Beiträge ohne Zinsen. Bei Unfalltod der versicherten Person wird, anstelle der einbezahlten Beiträge, die vereinbarte Versicherungssumme auch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre voll ausbezahlt.
- (2) Außer den im Anhang ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 11).

§ 2 Was ist ein Unfalltod im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfalltod liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein

plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet und innerhalb eines Jahres nach dem Unfall verstirbt. Das Unfallereignis muss nach dem Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sein.

§ 3 In welchen Fällen beschränkt sich auch bei Unfalltod der Versicherungsschutz innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nur auf die einbezahlten Beiträge?

Kommt die versicherte Person durch eines der nachfolgend aufgeführten Unfallereignisse innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zu Tode, beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Rückerstattung der eingezahlten Beiträge ohne Zinsen.

- a) Unfallereignisse durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle,

die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.

b) Unfallereignisse, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

c) Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;

- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

d) Unfallereignisse, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

e) Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen; Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

f) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch eines unter diese Versicherung fallenden Unfallereignisses veranlasst waren.

g) Infektionen

Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Satz 2 entsprechend.

h) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

i) Unfallereignisse infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

j) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Wir werden jedoch die vereinbarte Versicherungssumme leisten, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person bei Unfalltod?

Erleidet die versicherte Person innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre einen Unfalltod im Sinne des § 2 und haben neben dem Unfallereignis Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 % zur Herbeiführung des Todes mitgewirkt, so vermindert sich die Versicherungssumme entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

§ 5 Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

(1) Der Unfalltod der versicherten Person ist uns innerhalb von 48 Stunden mitzuteilen.

(2) Wir sind berechtigt, die Leiche auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Arzt besichtigen und öffnen zu lassen.

(3) Wird vorsätzlich oder grob fahrlässig entweder die Mitteilungspflicht verletzt oder die Zustimmung zur Besichtigung oder Öffnung der Leiche verweigert, so sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als dieses Verhalten ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weist der Ansprucherhebende nach, dass er die Obliegenheit nicht grobfahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung ausüben.

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Zur Feststellung unserer Leistungspflicht sind uns die erforderlichen Nachweise zu erbringen.

(2) Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats nach Eingang sämtlicher, zur Leistungsprüfung erforderlicher Unterlagen, d.h. sowohl der uns vom Anspruchserhebenden eingereichten, als auch der von uns herangezogenen gegenüber dem Anspruchserhebenden in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(3) Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

§ 7 Welche Optionen können Sie ausüben?

(1) **Flexible Zuwachsphase**

Ist die flexible Zuwachsphase vereinbart, so schließt diese für eine Dauer von 5 Jahren an die Versicherungsdauer an. Während der flexiblen Zuwachsphase können Sie

a) bei Vereinbarung einer abgekürzten Beitragszahlungsdauer keinen Beitrag entrichten und mit Frist von einem Monat die Beendigung der Versicherung verlangen.

b) ohne abgekürzte Beitragszahlungsdauer weiterhin den vollen, einen verminderten oder gar keinen Beitrag – bei beitragsfreien Versicherungen ist in der flexiblen Zuwachsphase die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nicht möglich – entrichten und mit Frist von einem Monat zum Ende der jeweiligen Versicherungsperiode die Beendigung der Versicherung verlangen. Bei beitragsfreien Versicherungen beträgt diese Frist einen Monat.

Während der flexiblen Zuwachsphase sind Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht versichert. Bei Tod der versicherten Person während dieser Phase wird jene Versicherungssumme fällig, die sich nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung der vereinbarten Beitragsleistung errechnet. Werte für die flexible Zuwachsphase können Sie einer Tabelle im Versicherungsschein entnehmen.

(2) **Flexibler Abruf**

Sie haben das Recht, Ihren Vertrag aufzulösen oder beitragsfrei zu stellen, ohne dass ein Abzug vom Deckungskapital vorgenommen wird, wenn

a) die verbleibende Versicherungsdauer nicht mehr als fünf Jahre beträgt, oder

b) der Betrag aus garantiertem Rückkaufswert und der Rückkaufsleistung aus der Überschussbeteiligung die Versicherungssumme übersteigt.

(3) Flexible Teilauszahlungen

Sie haben das Recht innerhalb der letzten 5 Jahre vor dem im Versicherungsschein genannten Ablauftermin und bei vereinbarter flexibler Zuwachsphase, 5 Jahre nach dem im Versicherungsschein genannten Ablauftermin, einmal jährlich eine Teilauszahlung zu verlangen.

Im Falle einer Teilauszahlung setzen wir die Versicherungssumme auf eine neue Versicherungssumme herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Die maximale Höhe einer Teilauszahlung richtet sich danach, dass die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Betrag von 1.500 EUR nicht unterschreitet. Zu den dazu entstehenden Gebühren vgl. § 9.

§ 8 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(zu § 2 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen)

Die Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Es kann auch ein Einmalbeitrag vereinbart werden.

§ 9 Welche Kosten entstehen bei Rückkauf, Beitragsfreistellung oder Vertragsänderungen mit Herabsetzung der Versicherungssumme?

Rückkauf oder Beitragsfreistellung

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen)

Bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung werden wir vom Rückkaufswert zum Kündigungs- oder Beitragsfreistellungszeitpunkt einen Abzug in Höhe von 2 % vornehmen.

Dieser Abzug entfällt,

- wenn die Voraussetzungen für den flexiblen Abruf vorliegen (§ 2 Abs. (2)), oder
- wenn der Betrag aus garantiertem Rückkaufswert und der Rückkaufsleistung aus der Überschussbeteiligung die Versicherungssumme übersteigt (flexibler Abruf), oder
- wenn Ihre Versicherung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung bereits beitragsfrei gestellt ist.

Vertragsänderungen mit Herabsetzung der Versicherungssumme

Wird im Rahmen einer von Ihnen veranlassten Vertragsänderung die Versicherungssumme herabgesetzt, so erheben wir dafür eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 0,5 % auf die Differenz zwischen alter und neuer Versicherungssumme. Diese Gebühr entnehmen wir dem Deckungskapital.

§ 10 Welche Mindestsummen gelten bei Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen)

Eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung ist möglich, wenn die sich ergebende beitragsfreie Versicherungssumme nicht unter 500 EUR sinkt.

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Betrag von 1.500 EUR nicht unterschreiten.

§ 11 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(zu § 14 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen)

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Kapitalversicherungen-2015 ohne Gesundheitsprüfung“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung (einschließlich vermögensbildende Lebensversicherungen) mit überwiegendem Todesfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherungen mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

- (1) Ihre Versicherung erhält zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile.
- (2) Die laufenden Überschussanteile bestehen aus einem Zinsüberschussanteil und einem Summenüberschussanteil. Beitragspflichtige Versicherungen erhalten darüber hinaus einen Risikoüberschussanteil und einen Grundüberschussanteil.
- (3) Der Zinsüberschussanteil wird in Prozent des Deckungskapitals zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres bemessen.

Der Summenüberschussanteil wird in Promille der Versicherungssumme bemessen.

Der Grundüberschussanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Jahresbeitrages bemessen.

Der Risikoüberschussanteil wird in Prozent des Risikobeitrages bemessen.
- (4) Die laufenden Überschussanteile werden bis zum Ablauf der Versicherung verzinslich angesammelt. Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung wird das angesammelte Überschussguthaben ausbezahlt.
- (5) Bei Ablauf der Versicherung werden zusätzlich Schlussüberschussanteile gewährt. Diese bestehen aus einem Schlussüberschussanteil I (Schlussbonus) und einem Schlussüberschussanteil II (Schlussanwartschaft).
- (6) Der Schlussbonus wird in Prozent des angesammelten Überschussguthabens aus den laufenden Überschussanteilen zum Ende der Versicherungsdauer bemessen.
- (7) Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Versicherung abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Promille der Versicherungssumme am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen.

Wird die Versicherungssumme herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Versicherungssummen der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.
- (8) Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung nach Ablauf der Wartezeit werden verminderte Schlussüberschussanteile ausbezahlt. Die Wartezeit beträgt ein Drittel der Versicherungsdauer (kaufmännisch gerundet auf volle Jahre) zuzüglich ein Jahr, höchstens jedoch 11 Jahre.
- (9) Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.
- (10) Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im „Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen“.

Tarifbedingungen für die Risikoversicherung für Nichtraucher nach Tarif 7276 – uniRISK

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt.
- (2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig, übernehmen wir die laufende Beitragszahlung für die Risikoversicherung, solange Pflegebedürftigkeit besteht, längstens bis zum vollendeten 60. Lebensjahr.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie die nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkte-tabelle zugrunde gelegt: wir leisten bei 4 oder mehr Punkten.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

- Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen vor, wenn

- die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf,
- die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen liegt außerdem vor, wenn bei der versicherten Person seit mindestens 6 Monaten mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, vorliegen und in deren Folge die versicherte Person kontinuierliche Aufsicht benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde (mittelschwere oder schwere Demenz).

Eine mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist dann gegeben, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg vorliegt. Dies ist durch einen Facharzt (Neurologen) auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch verursacht wurden oder denen psychische Ursachen zugrunde liegen (z.B. Pseudodemenz), gelten nicht als mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 6 Monaten noch anhält.

- (3) Der Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit nach Abs. (2) festgestellt wird. Er endet mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit nach Abs. (2) wegfällt bzw. das 60. Lebensjahr vollendet wird. Die Beitragszahlung muss dann wieder aufgenommen werden.

- (4) Eintritt, Minderung und Wegfall der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich mitzuteilen und nachzuweisen. Die Kosten, die zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit entstehen, werden nicht von uns getragen.

- (5) Außer den garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 9).

§ 2 Was ist ein Nichtraucher im Sinne dieses Tarifes?

Nichtraucher im Sinne dieser Bedingungen ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv kein Nikotin durch Rauchen zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nicht-raucher zu bleiben. Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen, aber auch die Nutzung elektronischer

Rauchergeräte, bei denen es zu einer Nikotinaufnahme über das Inhalieren von Aerosol (Dampf) kommt, z.B. also bei e-Zigaretten, e-Zigarren oder e-Pfeifen.

§ 3 Wann liegt eine Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss vor?

Eine Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss liegt vor, wenn die versicherte Person nach Vertragsschluss Raucher im Sinne des § 2 wird. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Vertragsschluss weder eine solche Gefahrerhöhung selbst vornehmen, noch deren Vornahme gestatten. Ist das Leben einer anderen Person versichert, ist auch diese – neben Ihnen – dafür verantwortlich, dass nach Vertragsschluss keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

Nimmt die versicherte Person dennoch nach Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung vor, haben sowohl Sie, als auch die versicherte Person uns diese unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

§ 4 Was sind die Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung bzw. einer Anzeigepflichtverletzung?

Recht auf Beitragserhöhung

- (1) Auf unser Recht, den Vertrag bei Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr auszuschließen, verzichten wir.

Haben Sie oder die versicherte Person nach Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung nach § 3 vorgenommen oder diese gestattet oder erkennen Sie nachträglich, dass eine solche vorgenommen wurde und zeigen uns diese an, können wir jedoch rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung nach § 3 einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen. Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Umstellungsmitteilung ohne Einhaltung einer Frist schriftlich kündigen. Wir werden Sie hierauf in unserer Umstellungsmitteilung hinweisen.

Die Beitragserhöhung ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung nach § 3 unverschuldet erfolgt ist. Dies gilt nicht, wenn Sie oder die versicherte Person eine Gefahrerhöhung nach § 3 nachträglich erkennen und uns diese nicht angezeigt wird.

Unser Recht auf Umstellung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab unserer Kenntnis von der Gefahrerhöhung ausüben.

Auf Antrag führen wir den Vertrag auch mit dem bisherigen Beitrag bei reduzierter Versicherungssumme unter Berücksichtigung der tariflichen Begrenzungen weiter, sobald uns die Erklärung vorliegt.

Leistungsminderung im Versicherungsfall

- (2) Wurde nach Vertragsschluss vorsätzlich oder grob fahrlässig eine Gefahrerhöhung nach § 3 vorgenommen oder gestattet, beschränkt sich unsere Leistung auf ein Drittel der vereinbarten Versicherungssumme.

Erkennen Sie oder die versicherte Person nachträglich, dass eine Gefahrerhöhung nach § 3 erfolgt ist und wurde diese uns vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht unverzüglich angezeigt, so beschränkt sich unsere Leistung auf ein Drittel der vereinbarten Versicherungssumme, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat, nachdem uns die Anzeige hätte zugegangen sein müssen, eintritt.

Wir leisten in unverminderter Höhe, wenn Sie uns nachweisen, dass die Gefahrerhöhung nach § 3 keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles bzw. den Umfang unserer Leistungspflicht hatte.

- (3) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren ab einer Gefahrerhöhung nach § 3 ausüben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

§ 5 Nachprüfung

Wir sind berechtigt, den Nichtraucherstatus der versicherten Person nachzuprüfen. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten erforderliche ärztliche Auskünfte und Berichte anfordern und einmal jährlich eine medizinische Untersuchung der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Kommt die versicherte Person dieser Aufforderung nicht nach, sind wir berechtigt, den Beitrag gemäß § 4 Abs. (1) zu erhöhen.

§ 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(zu § 2 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

- (1) Die Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten.

- (2) Abweichend von Abs. (1) entfällt die Beitragszahlungspflicht im Fall der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nach § 1 Abs. (2), gemäß den in § 1 Abs. (2) und Abs. (3) genannten Regelungen.

§ 7 Welche Kosten entstehen bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung werden wir vom Rückkaufswert zum Kündigungs- oder Beitragsfreistellungszeitpunkt einen Abzug in Höhe von 10 % vornehmen.

Dieser Abzug entfällt bei Rückkauf, wenn Ihre Versicherung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung bereits beitragsfrei gestellt ist.

§ 8 Welche Mindestsummen gelten bei Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung ist möglich, wenn die sich ergebende beitragsfreie Versicherungssumme nicht unter 500 EUR sinkt.

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Betrag von 1500 EUR nicht unterschreiten.

§ 9 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(zu § 15 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

- (1) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Risikoversicherungen-2015“ im Abrechnungsverband „Risikoversicherung“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten folgende Regelungen:

- (2) **Überschussanteile**

Ihre Versicherung erhält bei laufender Beitragszahlung jährlich, erstmalig zum Ende des ersten Versicherungsjahres, laufende Überschussanteile. Die laufenden Überschussanteile werden in Prozent des Bruttobeitrages bemessen.

(3) Überschussbeteiligungssysteme

a) Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen

Die laufenden Überschussanteile werden mit den Beiträgen verrechnet. Abweichend von Abs. (2) erfolgt die erste Verrechnung dabei zu Beginn des ersten Versicherungsjahres. Bei Beitragsfreistellung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung erhält Ihre Versicherung ab Zeitpunkt der Beitragsfreistellung eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen beitragsfreien Versicherungssumme.

b) Fondsanlage

Die laufenden Überschussanteile werden zum Kauf von Fondsanteilen verwendet. Weitere Einzelheiten zum Überschussystem Fondsanlage finden Sie in den „Besonderen Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage“. Bei Beitragsfreistellung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung erhält Ihre Versicherung ab Zeitpunkt der Beitragsfreistellung eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen beitragsfreien Versicherungssumme.

- (4) Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen.

§ 10 - entfällt -

§ 11 Umtausch

(1) Umtauschrecht in eine kapitalbildende Versicherung

Die Versicherung kann ohne erneute Gesundheitsprüfung, soweit im Rahmen des Umtausches das ursprünglich vereinbarte Ende der Versicherungsdauer

- a) überschritten wird
innerhalb der ersten 10 Versicherungsjahre seit ursprünglichem Versicherungsbeginn
- b) nicht überschritten wird

jederzeit während der Laufzeit in eine kapitalbildende Versicherung umgetauscht werden.

Der Umtausch kann

- einmalig, mit derselben oder einer niedrigeren Todesfallsumme oder
- mehrmals teilweise, in Höhe von mindestens 10 % (mindestens jedoch 2500 EUR) der ursprünglich bei Vertragsabschluss vereinbarten Todesfallsumme

erfolgen. Beim teilweisen Umtausch darf die Summe aller umgetauschten und verbliebenen Teilversicherungssummen die ursprünglich vereinbarte Todesfallsumme nicht übersteigen.

(2) Umtauschrecht in eine Risikoversicherung (Verlängerungsoption)

Die Versicherung kann innerhalb der ersten 10 Versicherungsjahre seit ursprünglichem Versicherungsbeginn ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Risikoversicherung mit derselben oder einer niedrigeren Todesfallsumme umgetauscht werden, soweit

- das ursprünglich vereinbarte Ende der Versicherungsdauer überschritten wird und
- die Gesamtdauer beider Risikoversicherungen 35 Jahre nicht überschreitet und
- das Höchstendalter von 70 Jahren nicht überschritten wird und
- das Überschussverwendungssystem beibehalten wird.

Ein weiterer Umtausch ist ausgeschlossen.

- (3) Der Umtausch nach den Abs. (1) und (2) ist ausgeschlossen, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. (2) von uns erbracht wurden. Gleiches gilt, solange die Versicherung nach § 4 der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ beitragsfrei gestellt wurde.

- (4) Für die Beitragsberechnung der neuen Versicherung ist der dann geltende Tarif und das rechnungsmäßige Alter¹ der versicherten Person im Zeitpunkt des Beginns der neuen Versicherung maßgebend.

121-153 01.2015

Tarifbedingungen für die Risikoversicherung nach Tarif 7277 – uniRISK

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt.

- (2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig, übernehmen wir die laufende Beitragszahlung für die Risikoversicherung, solange Pflegebedürftigkeit besteht, längstens bis zum vollendeten 60. Lebensjahr.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie die nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkte-tabelle zugrunde gelegt: wir leisten bei 4 oder mehr Punkten.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung be-

nötigt.

- Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

¹ Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen vor, wenn

- die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf,
- die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen liegt außerdem vor, wenn bei der versicherten Person seit mindestens 6 Monaten mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, vorliegen und in deren Folge die versicherte Person kontinuierliche Aufsicht benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde (mittelschwere oder schwere Demenz).

Eine mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist dann gegeben, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg vorliegt. Dies ist durch einen Facharzt (Neurologen) auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch verursacht wurden oder denen psychische Ursachen zugrunde liegen (z.B. Pseudodemenz), gelten nicht als mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 6 Monaten noch anhält.

- (3) Der Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit nach Abs. (2) festgestellt wird. Er endet mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit nach Abs. (2) wegfällt bzw. das 60. Lebensjahr vollendet wird. Die Beitragszahlung muss dann wieder aufgenommen werden.
- (4) Eintritt, Minderung und Wegfall der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich mitzuteilen und nachzuweisen. Die Kosten, die zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit entstehen, werden nicht von uns getragen.
- (5) Außer den garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 5).

§ 2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(zu § 2 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

- (1) Die Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten.
- (2) Abweichend von Abs. (1) entfällt die Beitragszahlungspflicht im Fall der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nach § 1 Abs. (2), gemäß den in § 1 Abs. (2) und Abs. (3) genannten Regelungen.

§ 3 Welche Kosten entstehen bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung werden wir vom Rückkaufswert zum Kündigungs- oder Beitragsfreistellungszeitpunkt einen Abzug in Höhe von 10 % vornehmen.

Dieser Abzug entfällt bei Rückkauf, wenn Ihre Versicherung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung bereits beitragsfrei gestellt ist.

§ 4 Welche Mindestsummen gelten bei Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung ist möglich, wenn die sich ergebende beitragsfreie Versicherungssumme nicht unter 500 EUR sinkt.

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Betrag von 1.500 EUR nicht unterschreiten.

§ 5 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(zu § 15 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

- (1) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Risikoversicherungen-2015“ im Abrechnungsverband „Risikoversicherung“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten folgende Regelungen:

- (2) **Überschussanteile**

Ihre Versicherung erhält bei laufender Beitragszahlung jährlich, erstmalig zum Ende des ersten Versicherungsjahres, laufende Überschussanteile. Die laufenden Überschussanteile werden in Prozent des Bruttobeitrages bemessen.

- (3) **Überschussbeteiligungssysteme**

a) Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen

Die laufenden Überschussanteile werden mit den Beiträgen verrechnet. Abweichend von Abs. (2) erfolgt die erste Verrechnung dabei zu Beginn des ersten Versicherungsjahres. Bei Beitragsfreistellung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung erhält Ihre Versicherung ab Zeitpunkt der Beitragsfreistellung eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen beitragsfreien Versicherungssumme.

b) Fondsanlage

Die laufenden Überschussanteile werden zum Kauf von Fondsanteilen verwendet. Weitere Einzelheiten zum Überschussystem Fondsanlage finden Sie in den „Besondere Bedingungen“.

für das Überschusssystem Fondsanlage“. Bei Beitragsfreistellung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung erhält Ihre Versicherung ab Zeitpunkt der Beitragsfreistellung eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen beitragsfreien Versicherungssumme.

- (4) Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im „Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“.

§ 6 - unbesetzt -

§ 7 Umtausch

(1) Umtauschrecht in eine kapitalbildende Versicherung

Die Versicherung kann ohne erneute Gesundheitsprüfung, soweit im Rahmen des Umtausches das ursprünglich vereinbarte Ende der Versicherungsdauer

- a) überschritten wird
innerhalb der ersten 10 Versicherungsjahre seit ursprünglichem Versicherungsbeginn
- b) nicht überschritten wird
jederzeit während der Laufzeit

in eine kapitalbildende Versicherung umgetauscht werden.

Der Umtausch kann

- einmalig, mit derselben oder einer niedrigeren Todesfallsumme oder

- mehrmals teilweise, in Höhe von mindestens 10 % (mindestens jedoch 2.500 EUR) der ursprünglich bei Vertragsabschluss vereinbarten Todesfallsumme

erfolgen. Beim teilweisen Umtausch darf die Summe aller umgetauschten und verbliebenen Teilversicherungssummen die ursprünglich vereinbarte Todesfallsumme nicht übersteigen.

(2) Umtauschrecht in eine Risikoversicherung (Verlängerungsoption)

Die Versicherung kann innerhalb der ersten 10 Versicherungsjahre seit ursprünglichem Versicherungsbeginn ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Risikoversicherung mit derselben oder einer niedrigeren Todesfallsumme umgetauscht werden, soweit

- das ursprünglich vereinbarte Ende der Versicherungsdauer überschritten wird und
- die Gesamtdauer beider Risikoversicherungen 35 Jahre nicht überschreitet und
- das Höchstendalter von 70 Jahren nicht überschritten wird und
- das Überschussverwendungssystem beibehalten wird.

Ein weiterer Umtausch ist ausgeschlossen.

- (3) Der Umtausch nach den Abs. (1) und (2) ist ausgeschlossen, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. (2) von uns erbracht wurden. Gleiches gilt, solange die Versicherung nach § 4 der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ beitragsfrei gestellt wurde.

- (4) Für die Beitragsberechnung der neuen Versicherung ist der dann geltende Tarif und das rechnungsmäßige Alter¹ der versicherten Person im Zeitpunkt des Beginns der neuen Versicherung maßgebend.

121-153 01.2015

Tarifbedingungen für die Rentenversicherung nach Tarif 7351 – AktivRENTE (Aufgeschobene Rentenversicherung)

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn, zahlen wir die versicherte Rente lebenslang monatlich im Voraus an den vereinbarten Fälligkeitstagen.

- (2) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn und ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die vereinbarte Rente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Alternativ dazu steht dem Anspruchsberechtigten die Möglichkeit offen, das für die noch nicht abgelaufene Rentengarantiezeit zur Verfügung stehende Deckungskapital in einer Summe ausgezahlt zu bekommen.

- (3) Anstelle der Rentenzahlungen leisten wir zum Fälligkeitstag der ersten Rente ganz oder teilweise eine Kapitalabfindung, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt und uns der Antrag auf Kapitalabfindung

- sofern eine mindestens zehnjährige Rentengarantiezeit oder eine Beitragsrückgewähr im Todesfall nach Rentenbeginn vereinbart ist, spätestens drei Monate vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente,
- in allen anderen Fällen spätestens drei Jahre vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente

zugegangen ist.

Die ganze oder teilweise Kapitalabfindung ist auch während der flexiblen Zuwachsphase möglich. Die Antragsfrist beträgt in dieser generell drei Monate.

Erreicht die bei teilweiser Auszahlung der Kapitalabfindung verbleibende Rente nicht den Mindestbetrag von 150 EUR jährlich, zahlen wir die gesamte Kapitalabfindung, sofern Sie dies wün-

schen. Andernfalls können Sie die auszuzahlende Kapitalabfindung soweit herabsetzen, dass die verbleibende Rente den genannten Mindestbetrag erreicht. Die Versicherung erlischt im Fall der vollständigen Kapitalabfindung.

- (4) Sofern vereinbart, zahlen wir

- bei Tod der versicherten Person vor Rentenbeginn die einbezahlten Beiträge ohne die Beiträge für Zusatzversicherungen
- bei Tod der versicherten Person nach Rentenbeginn die einbezahlten Beiträge ohne die Beiträge für Zusatzversicherungen abzüglich geleisteter garantierter Renten

unverzinst zurück.

- (5) Außer den garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 6).

§ 2 Welche Optionen können Sie ausüben?

(1) Flexible Zuwachsphase

Ist die flexible Zuwachsphase vereinbart, so schließt diese an die Aufschubzeit an. Die flexible Zuwachsphase endet mit Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet. Während der flexiblen Zuwachsphase können Sie

- bei beitragspflichtigen Versicherungen weiterhin den vollen, einen verminderten oder gar keinen Beitrag entrichten;

- bei beitragspflichtigen Versicherungen mit Frist von einem Monat zum Ende des jeweiligen Beitragszahlungsabschnittes den Beginn der für diesen Zeitpunkt vereinbarten Rentenzahlung verlangen. Bei beitragsfreien Versicherungen beträgt diese Frist einen Monat.

Während der flexiblen Zuwachsphase sind Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht versichert. Werte für die flexible Zuwachsphase können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(2) Flexibler Rentenbeginn

a) Sie haben das Recht, auf Antrag die vorzeitige Rentenzahlung zu verlangen, ohne dass Ihnen dafür Kosten entstehen. Bei Ausübung dieser Option errechnet sich die verminderte Höhe der garantierten Rente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Diese Option können Sie nur ausüben, sofern die so errechnete Rente mindestens 150 EUR jährlich und die verbleibende Aufschubzeit nicht mehr als 10 Jahre beträgt. Voraussetzung ist weiterhin, dass Sie keine Leistungen aus einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beziehen. Eine vereinbarte Rentengarantiezeit beginnt mit der Zahlung der vorzeitigen Rente zu laufen.

b) Ist in Ihrem Vertrag eine Beitragsrückgewähr im Todesfall vor Rentenzahlungsbeginn versichert, können Sie, ohne dass Ihnen dafür Kosten entstehen, anstelle der vorzeitigen Rentenzahlung zum Fälligkeitstag der ersten Rente die ganze oder teilweise Kapitalabfindung verlangen. Diese Option können Sie nur ausüben, sofern die verbleibende Aufschubzeit nicht mehr als 5 Jahre und die im Falle einer teilweisen Kapitalabfindung verbleibende Rente mindestens 150 EUR jährlich beträgt. Die ganze oder teilweise Kapitalabfindung wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Zeitpunkt, zu dem Sie die Kapitalabfindung verlangt haben, als Zeitwert Ihrer Versicherung berechnet. Die Kapitalabfindung ist auf die bei Tod zum Zeitpunkt des flexiblen Rentenbeginns fällig werdende Leistung begrenzt. Soweit die Kapitalabfindung die bei Tod fällig werdende Leistung übersteigt, wird aus dem übersteigenden Betrag nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik eine während der Aufschubzeit unkündbare beitragsfreie Rente gebildet, die nur dann fällig wird, wenn die versicherte Person den vereinbarten Rentenbeginn erlebt (vgl. § 4 Abs. (3b) aa) bis dd) der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“).

(3) Flexibler Abruf

Sie haben das Recht, jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode Ihren Vertrag ganz oder teilweise zu kündigen oder beitragsfrei zu stellen, ohne dass ein Abzug vom Deckungskapital vorgenommen wird, sofern die verbleibende Aufschubzeit nicht mehr als 5 Jahre beträgt. Bei teilweiser Auflösung oder Beitragsfreistellung muss die verbleibende Rente mindestens 150 EUR jährlich betragen (vgl. § 4 Abs. (3b) aa) bis dd) der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“).

(4) Flexible Teilauszahlungen vor Rentenbeginn

Ist in Ihrem Vertrag eine Beitragsrückgewähr im Todesfall vor Rentenzahlungsbeginn versichert, haben Sie bis zum Beginn der Rentenbezugszeit das Recht, jederzeit zum nächsten Monatsersten, frühestens zum Ende des ersten Versicherungsjahres, einmal jährlich eine Teilauszahlung zu verlangen.

Für die Teilauszahlung nach Abs. (4) gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 1.000 EUR,
- die verbleibende beitragspflichtige Jahresrente unterschreitet nicht den Betrag von 300 EUR,
- die Teilauszahlung übersteigt nicht den jeweiligen Rückkaufswert der Hauptversicherung ohne Zusatzversicherungen abzüglich bestehender Picedarlehen.

Im Falle einer Teilauszahlung setzen wir die Jahresrente auf eine neue Jahresrente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird.

Bei einer flexiblen Teilauszahlung machen wir keine Gebühren nach § 4 geltend.

(5) Auszahlungen während der Rentenbezugszeit

Sofern eine Rentengarantiezeit oder eine Beitragsrückerstattung bei Tod der versicherten Person nach Rentenbeginn vereinbart

sind, besteht nach Beginn der Rentenzahlung, frühestens zum Schluss des ersten Rentenzahlungsjahres die Möglichkeit, eine Teilauszahlung aus dem Vertragsguthaben in Anspruch zu nehmen. Nach der Teilauszahlung wird das verbleibende Kapital in eine sofort beginnende Rente ohne Todesfallschutz umgewandelt. Die Neuberechnung der garantierten Rente erfolgt dabei mit unveränderten Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Sterbetafel). Dies hat üblicherweise eine Reduzierung der versicherten Rente zur Folge.

Für eine Teilauszahlung bei vereinbarter Rentengarantiezeit gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 2.500 EUR,
- die Höhe der Teilauszahlung ist auf den Barwert der ausstehenden garantierten Renten in der verbleibenden Rentengarantiezeit beschränkt; der Barwert entspricht den mit dem Rechnungszins der Rentenzahlungszeit abgezinsten garantierten Renten der Rentengarantiezeit,
- die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Vertragsguthaben ergibt, darf nicht unter die Mindestrente von 300 EUR jährlich sinken.

Für eine Teilauszahlung bei vereinbarter Beitragsrückerstattung bei Tod der versicherten Person gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 2.500 EUR,
- die Höhe der Teilauszahlung ist beschränkt auf die Leistung, die bei Tod der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt fällig wäre,
- die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Vertragsguthaben ergibt, darf nicht unter die Mindestrente von 300 EUR jährlich sinken.

Zu den dazu entstehenden Gebühren vgl. § 4.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(zu § 2 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

- (1) Die Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Bei Inanspruchnahme der flexiblen Zuwachsphase verlängert sich ggf. die Beitragszahlungsdauer entsprechend.

Es kann auch ein Einmalbeitrag vereinbart werden.

(2) Recht auf Zuzahlungen

Sie haben bei laufender Beitragszahlung während der Aufschubdauer das Recht, Ihre vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen gemäß § 1 durch eine oder mehrere Zuzahlungen in Höhe von jeweils mindestens 500 EUR zu erhöhen. Die Summe der Zuzahlungen darf in einem Versicherungsjahr maximal 50.000 EUR betragen.

Die Erhöhung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen erfolgt jeweils zum Ersten des auf die Zahlung folgenden Monats. Sie errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter¹ der versicherten Person und der restlichen Laufzeit bis zum vereinbarten Auszahlungsbeginn. Wir legen hierbei den zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Tarif für die aufgeschobene Rentenversicherung zu Grunde.

(3) Gestaltungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

Bei Zahlungsschwierigkeiten bieten wir Ihnen auf schriftlichen Antrag unter Beachtung der Voraussetzungen des § 4 Abs. (2), (3b) und (4b) der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ folgende Möglichkeiten Ihre finanzielle Belastung zu reduzieren:

- Beitragsherabsetzung: Sie können verlangen, den Beitrag herabzusetzen. Dadurch vermindert sich die versicherte Rente.
- Beitragsfreistellung: Sie können verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragspflicht befreit zu werden.

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

c) Beitragsaussetzung: Werden bei einer Beitragsfreistellung (vgl. Abs. (3) b)) die Mindestsummen nach § 5 nicht erreicht und ist somit eine Beitragsfreistellung nicht möglich, können Sie verlangen, die Beitragszahlung bis zu einer Dauer von sechs Monaten auszusetzen. Die Beitragsaussetzung kann während der ersten beiden Versicherungsjahre einmal verlangt werden.

(4) Möglichkeiten bei Arbeitslosigkeit oder Ableistung der Wehrpflicht / des Zivildienstes

a) Werden Sie während der Beitragszahlungsdauer arbeitslos, können Sie für die Dauer der Arbeitslosigkeit – längstens jedoch für 12 Monate – die Beitragsaussetzung verlangen. In diesem Fall ist uns der Bescheid der Agentur für Arbeit vorzulegen.

b) Bei Ableistung der Wehrpflicht / des Zivildienstes ist eine Beitragsaussetzung auch für die gesamte Zeit der Wehrpflicht / des Zivildienstes möglich. In diesem Fall ist uns eine Kopie des Einberufungsbescheides vorzulegen.

(5) Nach Ende der Beitragsaussetzung (vgl. Abs. (3) c) und Abs. (4) a) und b)) sind die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen.

Alternativ dazu können Sie verlangen, dass die nicht gezahlten Beiträge durch

- die Herabsetzung der versicherten Garantieleistungen unter Berücksichtigung der Mindestsummen des § 5, oder
- in Form eines Mehrbeitrages für die restliche Aufschubzeit, oder
- durch eine Beginn- und Ablaufverlegung oder
- durch Verrechnung mit einem ggf. vorhandenen Überschussguthaben

ausgeglichen werden.

(6) Wiederaufnahme der Beitragszahlung zu einer beitragsfrei gestellten Versicherung

a) Nach teilweiser oder vollständiger Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie jederzeit verlangen, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen.

Sofern eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, steht das Recht gemäß Satz 1 unter dem Vorbehalt einer erneuten Gesundheitsprüfung, soweit die Wiederaufnahme der Beitragszahlung mehr als sechs Monate nach Beitragsfreistellung erfolgt.

b) Erfolgt die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Maßgabe des Abs. (6) a) innerhalb der ersten zwölf Monate nach erfolgter Beitragsfreistellung, wird der gemäß § 4 erhobene Abzug in voller Höhe wieder gutgeschrieben.

c) Sie können die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, die künftigen laufenden Beiträge soweit zu erhöhen, bis die ursprünglich versicherten Leistungen wieder erreicht werden. Sie können anstelle der Beitragsnachzahlung als Einmalbeitrag oder in Form der Beitragserhöhung auch beantragen, dass die garantierten Leistungen entsprechend reduziert werden.

d) Sind seit Beginn der Beitragsfreistellung mehr als drei Jahre vergangen, kann eine Weiterführung nur nach dem dann für den Neuzugang gültigen Tarif erfolgen.

(7) Für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen gelten – sofern in den jeweiligen Besonderen Bedingungen keine gesonderten Vereinbarungen getroffen wurden – die vorstehenden Regelungen.

§ 4 Welche Kosten entstehen bei Rückkauf, Beitragsfreistellung oder Vertragsänderungen mit Herabsetzung der Jahresrente?

Rückkauf oder Beitragsfreistellung (zu § 4 Abs. (3b) und Abs. (4b) der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung werden wir vom Rückkaufswert zum Kündigungstermin einen Abzug vornehmen.

Der Abzug beträgt bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung und bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag 2 % des Rückkaufswerts.

Dieser Abzug entfällt,

- wenn die Bedingungen für den flexiblen Rentenbeginn oder den flexiblen Abruf vorliegen (vgl. § 2 Abs. (2) und (3)), oder
- bei einer flexiblen Teilauszahlung vor Rentenbeginn (§ 2 Abs. (4)) oder
- wenn Ihre Versicherung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung bereits beitragsfrei gestellt ist, oder
- während der flexiblen Zuwachsphase.

Bei Teilauszahlungen gemäß § 2 Abs. (5) beträgt die Gebühr 2 % des Auszahlungsbetrages, mindestens jedoch 150 EUR. Diese Gebühr entnehmen wir dem Deckungskapital.

Vertragsänderungen mit Herabsetzung der Jahresrente

Wird im Rahmen einer von Ihnen veranlassten Vertragsänderung die Jahresrente herabgesetzt, so erheben wir dafür eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 0,5 % der Differenz zwischen alter und neuer, mit dem Faktor 10 multiplizierter, Jahresrente. Diese Gebühr entnehmen wir dem Deckungskapital.

§ 5 Welche Mindestsummen gelten bei Beitragsfreistellung oder teilweiser Kündigung?

(zu § 4 Abs. (2), (3b) und (4b) der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung ist möglich, wenn die sich ergebende beitragsfreie Jahresrente nicht unter 150 EUR sinkt.

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung oder einer teilweisen Kündigung darf die Jahresrente aus dem verbleibenden beitragspflichtigen Teil der Versicherung den Betrag von 150 EUR nicht unterschreiten.

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(zu § 15 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Rentenversicherungen-2015“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung mit überwiegendem Erlebensfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

- (1)** Ihre Versicherung erhält jährlich,
- während der Aufschubzeit erstmalig zum Ende des ersten Versicherungsjahres
 - in der Rentenbezugszeit erstmalig zu Beginn des ersten Rentenbezugsjahres

laufende Überschussanteile.

- (2) Die laufenden Überschussanteile bestehen aus einem Zinsüberschussanteil und einem Summenüberschussanteil.

Beitragspflichtige Versicherungen erhalten darüber hinaus einen Grundüberschussanteil.

- (3) Der Zinsüberschussanteil wird
- während der Aufschubzeit in Prozent des Deckungskapitals zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres
 - in der Rentenbezugszeit in Prozent des Deckungskapitals zum Zuteilungszeitpunkt

bemessen.

Der Summenüberschussanteil wird in Prozent der Jahresrente bemessen.

Der Grundüberschussanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Jahresbeitrages bemessen.

Beteiligung am Überschuss während der Aufschubzeit

- (4) Für die Verwendung der laufenden Überschussanteile während der Aufschubzeit können Sie bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung zwischen den Überschussystemen **Verzinsliche Ansammlung** und **Fondsanlage** wählen.

a) Verzinsliche Ansammlung

- 1) Die laufenden Überschussanteile werden während der Aufschubzeit verzinslich angesammelt. Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung wird das angesammelte Überschussgut haben ausbezahlt.
- 2) Bei Ablauf der Aufschubzeit werden zusätzlich Schlussüberschussanteile gewährt. Diese bestehen aus einem Schlussüberschussanteil I (Schlussbonus) und einem Schlussüberschussanteil II (Schlussanwartschaft).
- 3) Der Schlussbonus wird in Prozent des angesammelten Überschussguthabens aus den laufenden Überschussanteilen zum Ende der Aufschubzeit bemessen.
- 4) Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Aufschubzeit abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Prozent der Jahresrente am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen. Wird die Jahresrente herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Jahresrenten der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.

b) Fondsanlage

- 1) Haben Sie sich für das Überschussystem Fondsanlage entschieden, werden die zuteilten laufenden Überschussanteile zum Kauf von Fondsanteilen verwendet.
- 2) Bei Ablauf der Aufschubzeit wird zusätzlich ein Schlussüberschussanteil (Schlussanwartschaft) gewährt. Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Aufschubzeit abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Prozent der Jahresrente am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen. Wird die Jahresrente herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Jahresrenten der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.
- 3) Weitere Einzelheiten zum Überschussystem Fondsanlage finden Sie in den „Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage“.

- (5) Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung nach Ablauf der Wartezeit werden verminderte Schlussüberschussanteile ausbezahlt. Die Wartezeit beträgt ein Drittel der Versicherungsdauer (kaufmännisch gerundet auf volle Jahre) zuzüglich ein Jahr, höchstens jedoch 11 Jahre.
- (6) Für die Erhöhungsteile von Versicherungen mit Dynamik gilt Abs. (1) ab dem technischen Beginn der Erhöhung.
- (7) Erfolgt eine Rentenzahlung aus der Versicherung, so wird diese

Rente nach den dann für den Neuzugang zugrundezulegenden Rechnungsgrundlagen – abhängig von dem von Ihnen gewählten Überschussystem – entweder

- a) aus den bis dahin verzinslich angesammelten laufenden Überschussanteilen und den zu diesem Zeitpunkt gemäß Abs. (4a) und (5) verfügbaren Schlussüberschussanteilen oder
- b) aus dem Wert der angesammelten Fondsanteile und den zu diesem Zeitpunkt gemäß Abs. (4b) und (5) verfügbaren Schlussüberschussanteilen

von Beginn an erhöht.

(8) Beteiligung am Überschuss bei Wahl der Kapitalabfindung

Bei Wahl der Kapitalabfindung werden wir – abhängig von dem von Ihnen gewählten Überschussystem – entweder

- a) die während der Aufschubzeit verzinslich angesammelten laufenden Überschussanteile und die Schlussüberschussanteile oder
- b) den Wert der angesammelten Fondsanteile und die Schlussüberschussanteile

ausbezahlen.

(9) Beteiligung am Überschuss während der Rentenbezugszeit

Für die während der Rentenbezugszeit entstehenden Überschüsse können Sie alternativ zwischen zwei Überschussbeteiligungssystemen wählen. Die Wahl kann bis spätestens vier Wochen vor Rentenbeginn getroffen werden. Wird nichts vereinbart, so werden die Überschüsse nach Modell Bonusrente verwendet.

Ein Wechsel der Modelle während der Rentenbezugszeit ist nicht möglich.

(10) Bonusrente

Die Überschüsse werden als Einmalbeitrag zur Erhöhung der versicherten Rente nach den dann für den Neuzugang zugrundezulegenden Rechnungsgrundlagen verwendet.

Die erste Rentenerhöhung erfolgt mit der ersten Rentenzahlung. Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile hat keine Auswirkungen auf die Höhe der erreichten Bonusrente.

(11) Sofortrente

Die Überschüsse werden nach den dann für den Neuzugang zugrundezulegenden Rechnungsgrundlagen für eine bei unveränderter Höhe der Überschussbeteiligung konstante Überschussrente verwendet.

Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile führt zu einer Erhöhung bzw. Reduzierung der Überschussrente.

Veröffentlichung der Überschussanteilsätze

- (12) Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

- (13) Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im „Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“.

§ 7 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen bei Versicherungen mit Dynamik?

(zu § 3 der Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik)

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach den dann für den Neuzugang zugrundezulegenden biometrischen Rechnungsgrundlagen.

§ 8 Welche Bemessungs- und Rechnungsgrundlagen sind für Ihren Vertragsmaßgeblich?

- (1) Die Berechnung des Beitrages und der garantierten Jahresrente bei Vertragsabschluss erfolgt unter Verwendung des nach § 2 Abs. 1 der Deckungsrückstellungsverordnung zulässigen Höchstzinssatzes von 1,25 % und den Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegendem Erlebensfallcharakter ohne weitere Zu- und Abschläge, allerdings im Verhältnis 25 % Anteil Männer und 75 % Anteil Frauen gewichtet zu einer „mittleren“ Sterbewahrscheinlichkeit.

- (2) Durch eine nachhaltig verlängerte Lebenserwartung kann sich die Rechnungsgrundlage zur Bildung der Deckungsrückstellung (vgl. Abs. (1)) ändern. Als Folge sind dann Auffüllungen der Deckungsrückstellung gegenüber der bisher verwendeten Rechnungsgrundlage erforderlich. Dies kann zu einer Verringerung der Überschussbeteiligung (laufende Überschüsse und Schlussüberschüsse) bis hin zum vollständigen Aussetzen führen. Eine nachhaltig verlängerte Lebenserwartung kann sich insbesondere bei Veröffentlichung neuer DAV-Rententafeln oder bei neuen gesellschaftsfeigen Rententafeln ergeben.

121-153 01.2015

Tarifbedingungen für die Rentenversicherung nach Tarif 7352 – sofort beginnende AktivRENTE (Sofort beginnende Rentenversicherung gegen Einmalbeitrag)

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wir zahlen die versicherte Rente lebenslang monatlich im Voraus an den vereinbarten Fälligkeitstagen.
- (2) Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die vereinbarte Rente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt.
- Alternativ dazu steht dem Anspruchsberechtigten die Möglichkeit offen, frühestens zum Schluss des ersten Rentenzahlungsjahres das für die noch nicht abgelaufene Rentengarantiezeit zur Verfügung stehende Deckungskapital in einer Summe ausgezahlt zu bekommen.
- (3) Sofern vereinbart, zahlen wir bei Tod der versicherten Person den Einmalbeitrag abzüglich geleisteter garantierter Rentenzahlungen zurück.
- (4) Außer den garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 2).
- (5) **Auszahlungen während der Rentenbezugszeit**

Sofern eine Rentengarantiezeit oder eine Beitragsrückerstattung bei Tod der versicherten Person nach Rentenbeginn vereinbart ist, besteht frühestens zum Schluss des ersten Rentenzahlungsjahres die Möglichkeit, eine Teilauszahlung aus dem Vertragsguthaben in Anspruch zu nehmen. Nach der Teilauszahlung wird das verbleibende Kapital in eine sofort beginnende Rente ohne Todesfallschutz umgewandelt. Die Neuberechnung der garantierten Rente erfolgt dabei mit unveränderten Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Sterbetafel). Dies hat üblicherweise eine Reduzierung der versicherten Rente zur Folge.

Für eine Teilauszahlung bei vereinbarter Rentengarantiezeit gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 2.500 EUR,
- die Höhe der Teilauszahlung ist auf den Barwert der ausstehenden garantierten Renten in der verbleibenden Rentengarantiezeit beschränkt; der Barwert entspricht den mit dem Rechnungszins der Rentenzahlungszeit abgezinsten garantierten Renten der Rentengarantiezeit,
- die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Vertragsguthaben ergibt, darf nicht unter die Mindestrente von 300 EUR jährlich sinken.

Für eine Teilauszahlung bei vereinbarter Beitragsrückerstattung bei Tod der versicherten Person gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 2.500 EUR,
- die Höhe der Teilauszahlung ist beschränkt auf die Leistung, die bei Tod der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt fällig wäre,

- die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Vertragsguthaben ergibt, darf nicht unter die Mindestrente von 300 EUR jährlich sinken.

Für die Teilauszahlung erheben wir eine Gebühr in Höhe von 2 % des Auszahlungsbetrages, mindestens jedoch 150 EUR. Diese Gebühr entnehmen wir dem Deckungskapital.

§ 2 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(zu § 15 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Rentenversicherungen-2015“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung mit überwiegendem Erlebensfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

Überschussanteile

- (1) Ihre Versicherung erhält jährlich, zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile.
- (2) Die laufenden Überschussanteile bestehen aus einem Zinsüberschussanteil und einem Summenüberschussanteil.
- (3) Der Zinsüberschussanteil wird in Prozent des Deckungskapitals zum Zuteilungszeitpunkt bemessen.

Der Summenüberschussanteil wird in Prozent der Jahresrente bemessen.

Überschussbeteiligungssysteme

Sie können alternativ zwischen zwei Überschussbeteiligungssystemen wählen. Die Wahl muss bereits bei Abgabe Ihrer Vertragsklärung getroffen werden. Wird keine Wahl getroffen, so werden die Überschüsse nach Modell Bonusrente verwendet.

Ein Wechsel der Modelle während der Rentenbezugszeit ist nicht möglich.

- (4) **Bonusrente**

Die Überschüsse werden als Einmalbeitrag zur Erhöhung der versicherten Rente nach den dann für den Neuzugang zu Grunde zulegenden Rechnungsgrundlagen verwendet.

Die erste Rentenerhöhung erfolgt mit der ersten Rentenzahlung.

Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile hat keine Auswirkung auf die Höhe der erreichten Bonusrente.

(5) Sofortrente

Die Überschüsse werden für eine bei unveränderter Höhe der Überschussbeteiligung konstante Überschussrente nach den dann für den Neuzugang zu Grunde zulegenden Rechnungsgrundlagen verwendet. Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile führt zu einer Erhöhung bzw. Reduzierung der Überschussrente.

Veröffentlichung der Überschussanteilsätze

Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

- (6)** Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im „Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“.

121-153 01.2015

**Tarifbedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung nach
Tarif 7652 – AktivLEBEN^{VI}**

(Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall / Vermögensbildungsversicherung)

§ 1 Was ist versichert?

- (1)** Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person den im Versicherungsschein genannten Ablauftermin erlebt, oder wenn sie vor diesem Termin stirbt.
- (2)** Außer den garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 5).

§ 2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(zu § 2 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Die Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten.

§ 3 Welche Kosten entstehen bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung werden wir vom maßgeblichen Rückkaufwert zum Kündigungs- oder Beitragsfreistellungszeitpunkt einen Abzug in Höhe von 2 % vornehmen.

Dieser Abzug entfällt,

- wenn ein Mindestrückkaufwert in Höhe von 50 % der bis zum Kündigungstermin bezahlten Beiträge ausbezahlt wird, oder
- wenn die verbleibende Versicherungsdauer nicht mehr als 5 Jahre beträgt, oder
- wenn Ihre Versicherung bereits beitragsfrei gestellt ist, oder
- während der ersten 12 Jahre des Vertrages.

§ 4 Welche Mindestsummen gelten bei Beitragsfreistellung?

(zu § 4 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Betrag von 1.000 EUR, der zu bezahlende Monatsbeitrag den vom Arbeitgeber zu zahlenden Mindestbetrag, nicht unterschreiten.

§ 5 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(zu § 15 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Vermögensbildende Lebensversicherungen-2015“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung (einschließlich vermögensbildende Lebensversicherungen) mit überwiegend Todesfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

- (1)** Ihre Versicherung erhält zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile.
- (2)** Die laufenden Überschussanteile bestehen aus einem Zinsüberschussanteil und einem Summenüberschussanteil.
- Beitragspflichtige Versicherungen erhalten darüber hinaus einen Risikoüberschussanteil und einen Grundüberschussanteil.
- (3)** Der Zinsüberschussanteil wird in Prozent des Deckungskapitals zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres bemessen.
- Der Summenüberschussanteil wird in Promille der Versicherungssumme bemessen.
- Der Grundüberschussanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Jahresbeitrages bemessen.
- Der Risikoüberschussanteil wird in Prozent des Risikobeitrages bemessen.
- (4)** Für die Verwendung der laufenden Überschussanteile während der Versicherungsdauer können Sie bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung zwischen den Überschussystemen verzinsliche Ansammlung und Fondsanlage wählen.

a) Verzinsliche Ansammlung

- 1) Die laufenden Überschussanteile werden bis zum Ablauf der Versicherung verzinslich angesammelt. Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung wird das angesammelte Überschussguthaben ausbezahlt.
- 2) - unbesetzt -
- 3) Bei Ablauf der Versicherung werden zusätzlich Schlussüberschussanteile gewährt. Diese bestehen aus einem Schlussüberschussanteil I (Schlussbonus) und einem Schlussüberschussanteil II (Schlussanwartschaft).
- 4) Der Schlussbonus wird in Prozent des angesammelten Überschussguthabens aus den laufenden Überschussanteilen zum Ende der Versicherungsdauer bemessen.

5) Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Versicherung abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Promille der Versicherungssumme am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen.

Wird die Versicherungssumme herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Versicherungssummen der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.

b) Fondsanlage

1) Haben Sie sich für das Überschussystem Fondsanlage entschieden, werden die zugeteilten laufenden Überschussanteile zum Kauf von Fondsanteilen verwendet.

2) Bei Ablauf der Versicherung wird zusätzlich ein Schlussüberschussanteil (Schlussanwartschaft) gewährt. Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Versicherung abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Promille der Versicherungssumme am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen.

Wird die Versicherungssumme herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Versicherungssummen der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.

3) Weitere Einzelheiten zum Überschussystem Fondsanlage finden Sie in den „*Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage*“.

(5) Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung nach Ablauf der Wartezeit werden verminderte Schlussüberschussanteile ausbezahlt. Die Wartezeit beträgt ein Drittel der Versicherungsdauer (kaufmännisch gerundet auf volle Jahre) zuzüglich ein Jahr, höchstens jedoch 11 Jahre.

(6) Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(7) Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im „Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen“.

121-153 01.2015

Tarifbedingungen für die Kollektivrentenversicherung nach Tarif 7519 – AktivRENTE (Aufgeschobene Rentenversicherung)

§ 1 Was ist versichert?

(1) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn, zahlen wir die versicherte Rente lebenslang monatlich im Voraus an den vereinbarten Fälligkeitstagen.

(2) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn und ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die vereinbarte Rente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Alternativ dazu steht dem Anspruchsberechtigten die Möglichkeit offen, das für die noch nicht abgelaufene Rentengarantiezeit zur Verfügung stehende Deckungskapital in einer Summe ausgezahlt zu bekommen.

(3) Anstelle der Rentenzahlungen leisten wir zum Fälligkeitstag der ersten Rente ganz oder teilweise eine Kapitalabfindung, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt und uns der Antrag auf Kapitalabfindung

- sofern eine mindestens zehnjährige Rentengarantiezeit oder eine Beitragsrückgewähr im Todesfall nach Rentenbeginn vereinbart ist, spätestens drei Monate vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente,

- in allen anderen Fällen spätestens drei Jahre vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente

zugegangen ist.

Die ganze oder teilweise Kapitalabfindung ist auch während der flexiblen Zuwachsphase möglich. Die Antragsfrist beträgt in dieser generell drei Monate.

Erreicht die bei teilweiser Auszahlung der Kapitalabfindung verbleibende Rente nicht den Mindestbetrag von 150 EUR jährlich, zahlen wir die gesamte Kapitalabfindung, sofern Sie dies wünschen. Andernfalls können Sie die auszuzahlende Kapitalabfindung soweit herabsetzen, dass die verbleibende Rente den genannten Mindestbetrag erreicht.

Die Versicherung erlischt im Fall der vollständigen Kapitalabfindung.

(4) Sofern vereinbart, zahlen wir

- bei Tod der versicherten Person vor Rentenbeginn die einbezahlten Beiträge ohne die Beiträge für Zusatzversicherungen

- bei Tod der versicherten Person nach Rentenbeginn die ein-

zahlten Beiträge ohne die Beiträge für Zusatzversicherungen abzüglich geleisteter garantierter Renten

unverzinst zurück.

(5) Außer den garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 6).

§ 2 Welche Optionen können Sie ausüben?

(1) Flexible Zuwachsphase

Ist die flexible Zuwachsphase vereinbart, so schließt diese an die Aufschubzeit an. Die flexible Zuwachsphase endet mit Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet. Während der flexiblen Zuwachsphase können Sie

- bei beitragspflichtigen Versicherungen weiterhin den vollen, einen verminderten oder gar keinen Beitrag entrichten;

- bei beitragspflichtigen Versicherungen mit Frist von einem Monat zum Ende des jeweiligen Beitragszahlungsabschnittes den Beginn der für diesen Zeitpunkt vereinbarten Rentenzahlung verlangen. Bei beitragsfreien Versicherungen beträgt diese Frist einen Monat.

Während der flexiblen Zuwachsphase sind Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht versichert. Werte für die flexible Zuwachsphase können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(2) Flexibler Rentenbeginn

a) Sie haben das Recht, auf Antrag die vorzeitige Rentenzahlung zu verlangen, ohne dass Ihnen dafür Kosten entstehen. Bei Ausübung dieser Option errechnet sich die verminderte Höhe der garantierten Rente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Diese Option können Sie nur ausüben, sofern die so errechnete Rente mindestens 150 EUR jährlich und die verbleibende Aufschubzeit nicht mehr als 10 Jahre beträgt. Voraussetzung ist weiterhin, dass Sie keine Leistungen aus einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beziehen. Eine vereinbarte Rentengarantiezeit beginnt mit der Zahlung der vorzeitigen Rente zu laufen.

b) Ist in Ihrem Vertrag eine Beitragsrückgewähr im Todesfall vor Rentenzahlungsbeginn versichert, können Sie, ohne dass Ihnen dafür Kosten entstehen, anstelle der vorzeitigen Rentenzahlung zum Fälligkeitstag der ersten Rente die ganze oder teilweise Kapitalabfindung verlangen. Diese Option können

Sie nur ausüben, sofern die verbleibende Aufschubzeit nicht mehr als 5 Jahre und die im Falle einer teilweisen Kapitalabfindung verbleibende Rente mindestens 150 EUR jährlich beträgt. Die ganze oder teilweise Kapitalabfindung wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Zeitpunkt, zu dem Sie die Kapitalabfindung verlangt haben, als Zeitwert Ihrer Versicherung berechnet. Die Kapitalabfindung ist auf die bei Tod zum Zeitpunkt des flexiblen Rentenbeginns fällig werdende Leistung begrenzt. Soweit die Kapitalabfindung die bei Tod fällig werdende Leistung übersteigt, wird aus dem übersteigenden Betrag nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik eine während der Aufschubzeit unkündbare beitragsfreie Rente gebildet, die nur dann fällig wird, wenn die versicherte Person den vereinbarten Rentenbeginn erlebt (vgl. § 4 Abs. (3b) aa) bis dd) der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“).

(3) Flexibler Abruf

Sie haben das Recht, jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode Ihren Vertrag ganz oder teilweise zu kündigen oder beitragsfrei zu stellen, ohne dass ein Abzug vom Deckungskapital vorgenommen wird, sofern die verbleibende Aufschubzeit nicht mehr als 5 Jahre beträgt. Bei teilweiser Auflösung oder Beitragsfreistellung muss die verbleibende Rente mindestens 150 EUR jährlich betragen (vgl. § 4 Abs. (3b) aa) bis dd) der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“).

(4) Flexible Teilauszahlungen

Ist in Ihrem Vertrag eine Beitragsrückgewähr im Todesfall vor Rentenzahlungsbeginn versichert, haben Sie bis zum Beginn der Rentenbezugszeit das Recht, jederzeit zum nächsten Monatsersten, frühestens zum Ende des ersten Versicherungsjahres, einmal jährlich eine Teilauszahlung zu verlangen.

Für die Teilauszahlung nach Abs. (4) gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 1.000 EUR ,
- die verbleibende beitragspflichtige Jahresrente unterschreitet nicht den Betrag von 300 EUR,
- die Teilauszahlung übersteigt nicht den jeweiligen Rückkaufwert der Hauptversicherung ohne Zusatzversicherungen abzüglich bestehender Plicedarlehen.

Im Falle einer Teilauszahlung setzen wir die Jahresrente auf eine neue Jahresrente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird.

Bei einer flexiblen Teilauszahlung machen wir keine Gebühren nach § 4 geltend.

(5) Auszahlungen während der Rentenbezugszeit

Sofern eine Rentengarantiezeit oder eine Beitragsrückerstattung bei Tod der versicherten Person nach Rentenbeginn vereinbart sind, besteht nach Beginn der Rentenzahlung, frühestens zum Schluss des ersten Rentenzahlungsjahres die Möglichkeit, eine Teilauszahlung aus dem Vertragsguthaben in Anspruch zu nehmen. Nach der Teilauszahlung wird das verbleibende Kapital in eine sofort beginnende Rente ohne Todesfallschutz umgewandelt. Die Neuberechnung der garantierten Rente erfolgt dabei mit unveränderten Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Sterbetafel). Dies hat üblicherweise eine Reduzierung der versicherten Rente zur Folge.

Für eine Teilauszahlung bei vereinbarter Rentengarantiezeit gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 2.500 EUR ,
- die Höhe der Teilauszahlung ist auf den Barwert der ausstehenden garantierten Renten in der verbleibenden Rentengarantiezeit beschränkt; der Barwert entspricht den mit dem Rechnungszins der Rentenzahlungszeit abgezinsten garantierten Renten der Rentengarantiezeit,
- die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Vertragsguthaben ergibt, darf nicht unter die Mindestrente von 300 EUR jährlich sinken.

Für eine Teilauszahlung bei vereinbarter Beitragsrückerstattung bei Tod der versicherten Person gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 2.500 EUR ,
- die Höhe der Teilauszahlung ist beschränkt auf die Leistung, die bei Tod der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt fällig wäre,
- die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Vertragsguthaben ergibt, darf nicht unter die Mindestrente von 300 EUR jährlich sinken.

Zu den dazu entstehenden Gebühren vgl. § 4.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(zu § 2 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

- (1)** Die Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Bei Inanspruchnahme der flexiblen Zuwachsphase verlängert sich ggf. die Beitragszahlungsdauer entsprechend.
Es kann auch ein Einmalbeitrag vereinbart werden.

(2) Recht auf Zuzahlungen

Sie haben bei laufender Beitragszahlung während der Aufschubdauer das Recht, Ihre vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen gemäß § 1 durch eine oder mehrere Zuzahlungen in Höhe von jeweils mindestens 500 EUR zu erhöhen. Die Summe der Zuzahlungen darf in einem Versicherungsjahr maximal 50.000 EUR betragen.

Die Erhöhung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen erfolgt jeweils zum Ersten des auf die Zahlung folgenden Monats. Sie errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter¹ der versicherten Person und der restlichen Laufzeit bis zum vereinbarten Auszahlungsbeginn. Wir legen hierbei den zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Tarif für die aufgeschobene Rentenversicherung zu Grunde.

(3) Gestaltungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

Bei Zahlungsschwierigkeiten bieten wir Ihnen auf schriftlichen Antrag unter Beachtung der Voraussetzungen des § 4 Abs. (2), (3b) und (4b) der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen folgende Möglichkeiten, Ihre finanzielle Belastung zu reduzieren:

- a) Beitragsherabsetzung: Sie können verlangen, den Beitrag herabzusetzen. Dadurch vermindert sich die versicherte Rente.
- b) Beitragsfreistellung: Sie können verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragspflicht befreit zu werden.
- c) Beitragsaussetzung: Werden bei einer Beitragsfreistellung (vgl. Abs. (3) b)) die Mindestsummen nach § 5 nicht erreicht und ist somit eine Beitragsfreistellung nicht möglich, können Sie verlangen, die Beitragszahlung bis zu einer Dauer von sechs Monaten auszusetzen. Die Beitragsaussetzung kann während der ersten beiden Versicherungsjahre einmal verlangt werden.

(4) Möglichkeiten bei Arbeitslosigkeit oder Ableistung der Wehrpflicht / des Zivildienstes

- a) Werden Sie während der Beitragszahlungsdauer arbeitslos, können Sie für die Dauer der Arbeitslosigkeit – längstens jedoch für 12 Monate – die Beitragsaussetzung verlangen. In diesem Fall ist uns der Bescheid der Agentur für Arbeit vorzulegen.
- b) Bei Ableistung der Wehrpflicht / des Zivildienstes ist eine Beitragsaussetzung auch für die gesamte Zeit der Wehrpflicht / des Zivildienstes möglich. In diesem Fall ist uns eine Kopie des Einberufungsbescheides vorzulegen.

(5) Nach Ende der Beitragsaussetzung (vgl. Abs. (3) c) und Abs. (4) a) und b)) sind die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen.

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Alternativ dazu können Sie verlangen, dass die nicht gezahlten Beiträge durch

- die Herabsetzung der versicherten Garantieleistungen unter Berücksichtigung der Mindestsummen des § 5, oder
- in Form eines Mehrbeitrages für die restliche Aufschubzeit, oder
- durch eine Beginn- und Ablaufverlegung oder
- durch Verrechnung mit einem ggf. vorhandenen Überschussguthaben

ausgeglichen werden.

(6) Wiederaufnahme der Beitragszahlung zu einer beitragsfrei gestellten Versicherung

a) Nach teilweiser oder vollständiger Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie jederzeit verlangen, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen.

Sofern eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, steht das Recht gemäß Satz 1 unter dem Vorbehalt einer erneuten Gesundheitsprüfung, soweit die Wiederaufnahme der Beitragszahlung mehr als sechs Monate nach Beitragsfreistellung erfolgt.

b) Erfolgt die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Maßgabe des Abs. (6) a) innerhalb der ersten zwölf Monate nach erfolgter Beitragsfreistellung, wird der gemäß § 4 erhobene Abzug in voller Höhe wieder gutgeschrieben.

c) Sie können die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, die künftigen laufenden Beiträge soweit zu erhöhen, bis die ursprünglich versicherten Leistungen wieder erreicht werden. Sie können anstelle der Beitragsnachzahlung als Einmalbeitrag oder in Form der Beitragserhöhung auch beantragen, dass die garantierten Leistungen entsprechend reduziert werden.

d) Sind seit Beginn der Beitragsfreistellung mehr als drei Jahre vergangen, kann eine Weiterführung nur nach dem dann für den Neuzugang gültigen Tarif erfolgen.

(7) Für eine eventuell eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten – sofern in den jeweiligen Besonderen Bedingungen keine gesonderten Vereinbarungen getroffen wurden – die vorstehenden Regelungen.

§ 4 Welche Kosten entstehen bei Rückkauf, Beitragsfreistellung oder Vertragsänderungen mit Herabsetzung der Jahresrente?

Rückkauf oder Beitragsfreistellung (zu § 4 Abs. (3b) und Abs. (4b) der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Bei Rückkauf oder Beitragsfreistellung werden wir vom Rückkaufswert zum Kündigungstermin einen Abzug vornehmen.

Der Abzug beträgt bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung und bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag 2 % des Rückkaufswerts.

Dieser Abzug entfällt,

- wenn die Bedingungen für den flexiblen Rentenbeginn oder den flexiblen Abruf vorliegen (vgl. § 2 Abs. (2) und (3)), oder
- bei einer flexiblen Teilauszahlung vor Rentenbeginn (§ 2 Abs. (4)) oder
- wenn Ihre Versicherung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung bereits beitragsfrei gestellt ist, oder
- während der flexiblen Zuwachphase.

Bei Teilauszahlungen gemäß § 2 Abs. (5) beträgt die Gebühr 2 % des Auszahlungsbetrages, mindestens jedoch 150 EUR. Diese Gebühr entnehmen wir dem Deckungskapital.

Vertragsänderungen mit Herabsetzung der Jahresrente

Wird im Rahmen einer von Ihnen veranlassten Vertragsänderung die Jahresrente herabgesetzt, so erheben wir dafür eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 0,5 % der Differenz zwischen alter und neuer, mit dem Faktor 10 multiplizierter, Jahresrente. Diese Gebühr entnehmen wir dem Deckungskapital.

§ 5 Welche Mindestsummen gelten bei Beitragsfreistellung oder teilweiser Kündigung?

(zu § 4 Abs. (2), (3b) und (4b) der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung ist möglich, wenn die sich ergebende beitragsfreie Jahresrente nicht unter 150 EUR sinkt.

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung oder einer teilweisen Kündigung darf die Jahresrente aus dem verbleibenden beitragspflichtigen Teil der Versicherung den Betrag von 150 EUR nicht unterschreiten.

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(zu § 15 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen)

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Rentenversicherungen-2015 / Sondertarife“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung mit überwiegendem Erlebensfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Kollektivversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

(1) Ihre Versicherung erhält jährlich,

- während der Aufschubzeit erstmalig zum Ende des ersten Versicherungsjahres
- in der Rentenbezugszeit erstmalig zu Beginn des ersten Rentenbezugsjahres

laufende Überschussanteile.

(2) Die laufenden Überschussanteile bestehen aus einem Zinsüberschussanteil und einem Summenüberschussanteil.

Beitragspflichtige Versicherungen erhalten darüber hinaus einen Grundüberschussanteil.

(3) Der Zinsüberschussanteil wird

- während der Aufschubzeit in Prozent des Deckungskapitals zur Mitte des abgelaufenen Versicherungsjahres
- in der Rentenbezugszeit in Prozent des Deckungskapitals zum Zuteilungszeitpunkt

bemessen.

Der Summenüberschussanteil wird in Prozent der Jahresrente bemessen.

Der Grundüberschussanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Jahresbeitrages bemessen.

Beteiligung am Überschuss während der Aufschubzeit

(4) Für die Verwendung der laufenden Überschussanteile während der Aufschubzeit können Sie bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung zwischen den Überschussystemen **Verzinsliche Ansammlung** und **Fondsanlage** wählen.

a) Verzinsliche Ansammlung

1) Die laufenden Überschussanteile werden während der Aufschubzeit verzinslich angesammelt. Bei vorzeitiger Ver-

tragsbeendigung wird das angesammelte Überschussguthaben ausbezahlt.

- 2) Bei Ablauf der Aufschubzeit werden zusätzlich Schlussüberschussanteile gewährt. Diese bestehen aus einem Schlussüberschussanteil I (Schlussbonus) und einem Schlussüberschussanteil II (Schlussanwartschaft).
- 3) Der Schlussbonus wird in Prozent des angesammelten Überschussguthabens aus den laufenden Überschussanteilen zum Ende der Aufschubzeit bemessen.
- 4) Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Aufschubzeit abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Prozent der Jahresrente am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen. Wird die Jahresrente herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Jahresrenten der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.

b) Fondsanlage

- 1) Haben Sie sich für das Überschussystem Fondsanlage entschieden, werden die zugeteilten laufenden Überschussanteile zum Kauf von Fondsanteilen verwendet.
- 2) Bei Ablauf der Aufschubzeit wird zusätzlich ein Schlussüberschussanteil (Schlussanwartschaft) gewährt. Die Schlussanwartschaft ist von der Dauer der Aufschubzeit abhängig und wird für jedes vollendete Versicherungsjahr in Prozent der Jahresrente am Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bemessen. Wird die Jahresrente herabgesetzt, so werden die für die Berechnung der Schlussanwartschaft maßgebenden Jahresrenten der vergangenen Jahre entsprechend anteilig angerechnet.
- 3) Weitere Einzelheiten zum Überschussystem Fondsanlage finden Sie in den „Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsanlage“.

(5) Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung nach Ablauf der Wartezeit werden verminderte Schlussüberschussanteile ausbezahlt. Die Wartezeit beträgt ein Drittel der Versicherungsdauer (kaufmännisch gerundet auf volle Jahre) zuzüglich ein Jahr, höchstens jedoch 11 Jahre.

(6) Für die Erhöhungsteile von Versicherungen mit Dynamik gilt Abs. (1) ab dem technischen Beginn der Erhöhung.

(7) Erfolgt eine Rentenzahlung aus der Versicherung, so wird diese Rente nach den dann für den Neuzugang zugrundezulegenden Rechnungsgrundlagen – abhängig von dem von Ihnen gewählten Überschussystem – entweder

- a) aus den bis dahin verzinslich angesammelten laufenden Überschussanteilen und den zu diesem Zeitpunkt gemäß Abs. (4a) und (5) verfügbaren Schlussüberschussanteilen oder
- b) aus dem Wert der angesammelten Fondsanteile und den zu diesem Zeitpunkt gemäß Abs. (4b) und (5) verfügbaren Schlussüberschussanteilen

von Beginn an erhöht.

Beteiligung am Überschuss bei Wahl der Kapitalabfindung

(8) Bei Wahl der Kapitalabfindung werden wir – abhängig von dem von Ihnen gewählten Überschussystem – entweder

- a) die während der Aufschubzeit verzinslich angesammelten laufenden Überschussanteile und die Schlussüberschussanteile oder
- b) den Wert der angesammelten Fondsanteile und die Schlussüberschussanteile

ausbezahlen.

Beteiligung am Überschuss während der Rentenbezugszeit

(9) Für die während der Rentenbezugszeit entstehenden Überschüsse können Sie alternativ zwischen zwei Überschussbeteiligungssystemen wählen. Die Wahl kann bis spätestens vier

Wochen vor Rentenbeginn getroffen werden. Wird nichts vereinbart, so werden die Überschüsse nach Modell Bonusrente verwendet.

Ein Wechsel der Modelle während der Rentenbezugszeit ist nicht möglich.

(10) Bonusrente

Die Überschüsse werden als Einmalbeitrag zur Erhöhung der versicherten Rente nach den dann für den Neuzugang zugrundezulegenden Rechnungsgrundlagen verwendet.

Die erste Rentenerhöhung erfolgt mit der ersten Rentenzahlung. Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile hat keine Auswirkungen auf die Höhe der erreichten Bonusrente.

(11) Sofortrente

Die Überschüsse werden nach den dann für den Neuzugang zugrundezulegenden Rechnungsgrundlagen für eine bei unveränderter Höhe der Überschussbeteiligung konstante Überschussrente verwendet.

Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile führt zu einer Erhöhung bzw. Reduzierung der Überschussrente.

Veröffentlichung der Überschussanteilsätze

(12) Die Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(13) Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven finden Sie im Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen.

§ 7 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen bei Versicherungen mit Dynamik?

(zu § 3 der Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik)

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach den dann für den Neuzugang zugrundezulegenden biometrischen Rechnungsgrundlagen.

§ 8 Welche Bemessungs- und Rechnungsgrundlagen sind für Ihren Vertrag maßgeblich?

(1) Die Berechnung des Beitrages und der garantierten Jahresrente bei Vertragsabschluss erfolgt unter Verwendung des nach § 2 Abs. 1 der Deckungsrückstellungsverordnung zulässigen Höchstzinssatzes von 1,25 % und den Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegend Erlebensfallcharakter ohne weitere Zu- und Abschläge, allerdings im Verhältnis 25 % Anteil Männer und 75 % Anteil Frauen gewichtet zu einer „mittleren“ Sterbewahrscheinlichkeit.

(2) Durch eine nachhaltig verlängerte Lebenserwartung kann sich die Rechnungsgrundlage zur Bildung der Deckungsrückstellung (vgl. Abs. (1)) ändern. Als Folge sind dann Auffüllungen der Deckungsrückstellung gegenüber der bisher verwendeten Rechnungsgrundlage erforderlich. Dies kann zu einer Verringerung der Überschussbeteiligung (laufende Überschüsse und Schlussüberschüsse) bis hin zum vollständigen Aussetzen führen. Eine nachhaltig verlängerte Lebenserwartung kann sich insbesondere bei Veröffentlichung neuer DAV-Rententafeln oder bei neuen gesellschaftseigenen Rententafeln ergeben.

D

Anhänge

Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein.

- Im Falle einer Kündigung erreicht der Rückkaufswert erst nach einem bestimmten Zeitpunkt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden und der in den Versicherungsbedingungen vereinbarte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt.

Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

- Im Falle der Beitragsfreistellung gelten vorstehende Ausführungen entsprechend.
- Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.
- Für die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs sind wir beweibelastet. Wir halten die Angemessenheit des Stornoabzuges aus den vorgenannten Gründen für gerechtfertigt.
- Sofern Sie uns nachweisen, dass aber in Ihrem konkreten Einzelfall die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung zu den Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein.

- Im Falle einer Kündigung erreicht der Rückkaufswert erst nach einem bestimmten Zeitpunkt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden und der in den Versicherungsbedingungen vereinbarte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

- Im Falle der Beitragsfreistellung gelten vorstehende Ausführungen entsprechend.
- Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.
- Für die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs sind wir beweibelastet. Wir halten die Angemessenheit des Stornoabzuges aus den vorgenannten Gründen für gerechtfertigt.
- Sofern Sie uns nachweisen, dass aber in Ihrem konkreten Fall die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen

(1) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach dem in Abs. (2) beschriebenen Verfahren zugeordnet. Die Zuteilung erfolgt bei Beendigung eines Vertrages – bei Rentenversicherungen auch bei Beendigung der Ansparphase und während der Rentenbezugszeit.

(2) Verfahren zur Beteiligung an den Bewertungsreserven

Die Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren.

(a) Kapitalbildende Lebensversicherungen, Rentenversicherungen vor Rentenbeginn und Vermögensbildungsversicherungen:

- Überschussmodell verzinsliche Ansammlung

Ihren Anteil an den auf alle anspruchsberechtigten Verträge entfallenden Bewertungsreserven berechnen wir entsprechend dem Verhältnis der Summe der Deckungskapitalien und Überschussguthaben abgelaufener Versicherungsjahre zur Summe der entsprechenden Deckungskapitalien und Überschussguthaben aller anspruchsberechtigten Verträge.

- Überschussmodell Fondsanlage

Ihren Anteil an den auf alle anspruchsberechtigten Verträge entfallenden Bewertungsreserven berechnen wir entsprechend dem Verhältnis der Summe der Deckungskapitalien abgelaufener Versicherungsjahre zur Summe der entsprechenden Deckungskapitalien und Überschussguthaben aller anspruchsberechtigten Verträge.

Mindestens erhalten Sie bei Beendigung des Vertrages – bei Rentenversicherungen auch bei Beendigung der Ansparphase - die für das jeweilige Jahr deklarierte Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven. Diese wird in Prozent der Leistung aus Schlussanwartschaft (vgl. Regelungen zur Überschussbeteiligung in den jeweiligen Tarifbedingungen) festgelegt.

Weitere Informationen zur Ermittlung und Beteiligung an den Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsplan entnehmen.

(b) Risikoversicherungen:

Die Beiträge einer Risikoversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Da die Ermittlung und rechnerische Zuordnung der Bewertungsreserven auf die einzelnen Versicherungsverträge nach einem verursachungsorientierten Verfahren zu erfolgen hat, ergibt sich für Risikoversicherungen praktisch keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für die Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen

(1) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach dem in Abs. (2) beschriebenen Verfahren zugeordnet. Die Zuteilung erfolgt bei Beendigung eines Vertrages.

(2) Die Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Ihren Anteil an den auf alle anspruchsberechtigten Verträge entfallenden Bewertungsreserven berechnen wir entsprechend dem Verhältnis der Summe der Deckungskapitalien und Überschussguthaben abgelaufener Versicherungsjahre zur Summe der entsprechenden Deckungskapitalien und Überschussguthaben aller anspruchsberechtigten Verträge.

(3) Mindestens erhalten Sie bei Beendigung des Vertrages die für das jeweilige Jahr deklarierte Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven. Diese wird in Prozent der Leistung aus Schlussanwartschaft (vgl. Regelungen zur Überschussbeteiligung in den jeweiligen Tarifbedingungen) festgelegt.

(4) Weitere Informationen zur Ermittlung und Beteiligung an den Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Anhang zur Beteiligung an den Bewertungsreserven für Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie

- (1) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach dem in Abs. (2) beschriebenen Verfahren zugeordnet. Die Zuteilung erfolgt bei Beendigung eines Vertrages – bei Rentenversicherungen auch bei Beendigung der Ansparphase und während der Rentenbezugszeit.
- (2) Von Ihren Beiträgen legen wir zur Beitragsabsicherung gerade so viele Beitragsteile für Sie in unserem sonstigen Vermögen an, dass die Beitragsabsicherung gewährleistet ist. Die übrigen Beitragsteile legen wir in Anteilen an Investmentfonds im Sondervermögen (Anlagestock) an.
- Die Vermögenswerte des Sondervermögens sind gemäß § 341 d HGB mit dem Zeitwert (Marktwert) in der Bilanz auszuweisen, d.h. es entstehen hierfür keine Bewertungsreserven. Für die Bildung von Bewertungsreserven steht somit nur das Deckungskapital des sonstigen Vermögens zur Verfügung.
- (3) Die Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Ihren Anteil an den auf alle anspruchsberechtigten Verträge entfallenden Bewertungsreserven berechnen wir entsprechend dem Verhältnis der Summe der Deckungskapitalien abgelaufener Versicherungsjahre des sonstigen Vermögens Ihres Vertrages zur Summe der entsprechenden Deckungskapitalien und Überschussguthaben des sonstigen Vermögens aller anspruchsberechtigten Verträge.
- (4) Weitere Informationen zur Ermittlung und Beteiligung an den Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Bestimmungen über Gebühren zur fondsgebundenen Rentenversicherung

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Anlageänderungen | <ul style="list-style-type: none"> Durchführung von Fondswechseln, ab dem 13. Wechsel innerhalb von 12 Monaten (siehe § 6 Abs. (6) der „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung“) | 25 EUR |
| Inkasso | <ul style="list-style-type: none"> Rückläufer im Lastschriftverfahren (sofern vom Kunden zu vertreten) | Kosten, die der uniVersa von Dritten in Rechnung gestellt werden |
| | <ul style="list-style-type: none"> schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen, Verzug von Beiträgen | |
| Abgänge | <ul style="list-style-type: none"> Übertragung der Fondsanteile bei Rentenbeginn | 1 % des Anlageguthabens, max. 150 EUR |
| Verwaltungsvorgänge | <ul style="list-style-type: none"> Bearbeitung von Teilauszahlungen während der Rentenbezugszeit | 2 % des Auszahlungsbetrags, mindestens 150 EUR |
| | <ul style="list-style-type: none"> Wiederinkraftsetzung | 75 EUR |
| | <ul style="list-style-type: none"> Änderung des Todesfallschutzes | 75 EUR |

Werden mehrere Geschäftsvorfälle zeitlich zusammenhängend in Anspruch genommen, wird die jeweils höchste Einzelgebühr erhoben. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem jeweiligen Gebührensatz (pauschale Abgeltungsgebühr) zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder die Kosten wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt er bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Bestimmungen über Gebühren zur fondsgebundenen Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

| | | |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Anlageänderungen | <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Fondswechseln, ab dem 13. Wechsel innerhalb von 12 Monaten (siehe § 6 Abs. (6) der „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie“) | 25 EUR |
| Inkasso | <ul style="list-style-type: none"> • Rückläufer im Lastschriftverfahren (sofern vom Kunden zu vertreten) | Kosten, die der uniVersa von Dritten in Rechnung gestellt werden |
| | <ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen, Verzug von Beiträgen | |
| Abgänge | <ul style="list-style-type: none"> • Übertragung der Fondsanteile bei Rentenbeginn | 1 % des Anlageguthabens, max. 150 EUR |
| Verwaltungsvorgänge | <ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung von Teilauszahlungen während der Rentenbezugszeit | 2 % des Auszahlungsbetrags, mindestens 150 EUR |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Wiederinkraftsetzung | 75 EUR |

Werden mehrere Geschäftsvorfälle zeitlich zusammenhängend in Anspruch genommen, wird die jeweils höchste Einzelgebühr erhoben.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem jeweiligen Gebührensatz (pauschale Abgeltungsgebühr) zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder die Kosten wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt er bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Steuerinformation zu Risikoversicherungen

Alle personenbezogenen Begriffe in dieser Information gelten für Männer und Frauen gleichermaßen, soweit der Begriff auf sie zutrifft.

Ob und in welcher Höhe Steuer anfällt, hängt auch von ggf. bestehenden Freibeträgen und Freigrenzen ab!

A. Einkommensteuer

Beiträge zu Risikoversicherungen können im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 Einkommensteuergesetz (EStG)) als Sonderausgaben geltend gemacht werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG).

Die einmalige Leistung im Versicherungsfall unterliegt nicht der Einkommensteuer.

B. Erbschaftsteuer / Schenkungsteuer

Erhält der Versicherungsnehmer die Leistung selbst, so ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Leistungen oder Ansprüche aus Risikoversicherungen sind erbschafts-/schenkungsteuerpflichtig, wenn sie aufgrund einer Schenkung oder als Erwerb von Todes wegen (z.B. aufgrund eines Bezugsrechtes oder als Teil der Erbmasse) erworben werden. Die Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft sowie Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer haben wir dem Finanzamt grundsätzlich anzuzeigen (§ 33 ErbStG, § 3 ErbStDV).

C. Versicherungsteuer, Umsatzsteuer

Versicherungsentgelte zu Risikoversicherungen, wie insbesondere Beiträge, sind in der Bundesrepublik Deutschland nach § 4 Nummer 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit, wenn der Versicherungsnehmer dort seinen Wohn-

sitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bzw. seinen Sitz hat. Befindet sich dieser in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder wird er dorthin verlegt, so können die Versicherungsbeiträge nach den dortigen Steuergesetzen einer Versicherungsteuer unterliegen. Gegebenenfalls sind wir verpflichtet, für den Versicherungsnehmer die Versicherungsteuer abzuführen. Die Versicherungsteuer ist in diesem Fall vom Versicherungsnehmer zu tragen, der daher uns gegenüber zur Erstattung der Steuer verpflichtet ist.

Versicherungsumsätze sind gemäß § 4 Nr. 10 Buchstabe a Umsatzsteuergesetz (UStG) umsatzsteuerfrei.

D. Hinweis

Die vorstehenden Steuerhinweise wurden unter größtmöglicher Sorgfalt auf der Grundlage der Rechtslage (gesetzliche Vorschriften, Richtlinien etc.) Stand 11.2014 erstellt. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern geben eine vereinfachte Darstellung der steuerlichen Behandlung wieder ohne Berücksichtigung der ggf. individuellen Gegebenheiten. Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Aus Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich eine abweichende steuerrechtliche Behandlung Ihrer Versicherung ergeben. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

Steuerinformation zu kapitalbildenden Lebensversicherungen

Alle personenbezogenen Begriffe in dieser Information gelten für Männer und Frauen gleichermaßen, soweit der Begriff auf sie zutrifft.

Ob und in welcher Höhe Steuer anfällt, hängt auch von ggf. bestehenden Freibeträgen und Freigrenzen ab!

A. Einkommensteuer

Die laufenden und einmaligen Beiträge zu kapitalbildenden Lebensversicherungen können nicht als Sonderausgaben abgezogen werden.

Leistungen aus kapitalbildenden Lebensversicherungen unterliegen grundsätzlich nicht der Einkommensteuer, wenn sie bei Tod der versicherten oder mitversicherten Person als Kapitalleistung ausgezahlt werden. Bei entgeltlich erworbenen kapitalbildenden Lebensversicherungen kann die Todesfalleistung aber einkommensteuerpflichtig sein.

Im Erbensfall oder bei Rückkauf des Vertrages gehört der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Erträge) zu den steuerpflichtigen Einkünften aus Kapitalvermögen (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 Einkommensteuergesetz (EStG)). Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von 12 Jahren seit dem Vertragsabschluss ausbezahlt, ist die Hälfte des Unterschiedsbetrages anzusetzen, wenn

- bei Kapitallebensversicherungen mit laufender Beitragszahlung bis zum Zeitpunkt des Erbensfalls ein Mindesttodesfallschutz in Höhe von 50 % der Summe der für die gesamte Laufzeit zu zahlenden Beiträge besteht oder
- bei Kapitallebensversicherungen, insbesondere gegen Einmalbeitrag oder abgekürzter Beitragszahlungsdauer, spätestens fünf Jahre nach Vertragsabschluss ein Mindesttodesfallschutz besteht, der das Deckungskapital um zehn Prozent des Deckungskapitals bzw. der Summe der gezahlten Beiträge übersteigt. Dieser Prozentsatz darf bis zum Ende der Vertragslaufzeit in jährlich gleichen Schritten auf Null sinken.

Sofern uns nicht eine entsprechende Nichtveranlagungsbescheinigung des Finanzamts oder ein entsprechender Freistellungsauftrag vorliegt, sind wir verpflichtet, aus den vollen Erträgen der Kapitalleistung im Erbensfall und bei Rückkauf eine Kapitalertragsteuer von 25 % zuzüglich des Solidaritätszuschlages und ggf. Kirchensteuer einzubehalten und an das Finanzamt abzuführen. Im Fall der Kirchensteuerpflicht und Einbehalt durch uns erfolgt eine Berücksichtigung der Kirchensteuer als Sonderausgaben durch eine pauschale Ermäßigung des Kapitalertragsteuersatzes und damit auch der Bemessungsgrundlage für die Kirchensteuer und den Solidaritätszuschlag.

Mit dem Abzug der Kapitalertragsteuer ist die Einkommensteuer auf die Kapitalerträge, die in vollem Umfang der Kapitalertragsbesteuerung unterliegen, grundsätzlich abgegolten (Abgeltungsteuer). Im Veranlagungsverfahren kann aber – z. B. bei nicht vollständig ausgeschöpftem Sparer-Pauschbetrag – eine Steuerfestsetzung auf der Basis der zutreffenden Bemessungsgrundlage mit dem besonderen Steuersatz für Kapitaleinkünfte von 25 % erreicht werden.

Alternativ zur Abgeltungswirkung werden auf Antrag die Einkünfte aus Kapitalvermögen im Rahmen der normalen Einkommensteueranlagung mit einbezogen und der tariflichen Einkommensteuer unterworfen, wenn dies zu einer niedrigeren Einkommensteuer einschließlich Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer führt (Günstigerprüfung).

Für Kapitalerträge, die nur in Höhe des hälftigen Unterschiedsbetrages der Besteuerung unterliegen, gilt die Abgeltungsteuer nicht. Die von uns einbehaltenen Steuern sind insoweit zunächst nur ein vorläufiger Abschlag. Die Steuerfreistellung des hälftigen Unterschiedsbetrages sowie die Besteuerung der anderen Hälfte erfolgt über die Einkommensteuererklärung unter Anwendung der tariflichen Einkommensteuer.

Die Kirchensteuer wird ebenso wie der Solidaritätszuschlag als Zuschlag zur Kapitalertragsteuer erhoben. Wir haben bei Kirchensteuerpflichtigen die Kirchensteuer mit der Kapitalertragsteuer einzubehalten und – mit abgeltender Wirkung, soweit diese auch die Kapitalertragsteuer hat – abzuführen (§ 51a Abs. 2c, 3 EStG). Um den Kirchensteuerabzug vornehmen zu können, sind wir gesetzlich verpflichtet, die Religionszugehörigkeit und den geltenden Kirchensteuersatz des Kirchensteuerpflichtigen beim Bundeszentralamt für Steuern in einem automatisierten Verfahren abzufragen (§ 51a Abs. 2c Nr. 3 EStG). Der Kirchensteuerpflichtige wird hierüber und über sein gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern bestehendes Widerspruchsrecht gegen die Übermittlung der Kirchensteuerdaten (Sperrvermerk) rechtzeitig informiert. Ein Widerspruch ist mit dem amtlich vorgeschriebenen Formular (zu finden unter www.formulare-bfinv.de unter dem Stichwort „Kirchensteuer“ als „Erklärung zum Sperrvermerk“) direkt bei dem Bundeszentralamt für Steuern einzulegen. Ein – auch bereits – eingelegerter Widerspruch gilt bis zu seinem Widerruf. Das Bundeszentralamt für Steuern meldet den Widerspruch dem Finanzamt des Kirchensteuerpflichtigen, das diesen zur Abgabe einer Steuererklärung für die Erhebung der Kirchensteuer auf Abgeltungsteuer auffordern wird (§ 51a Abs. 2d EStG).

Erfolgt auf Grund des Sperrvermerks kein Kirchensteuereinbehalt mit der Kapitalertragsteuer durch uns bzw. kommt die Abgeltungsteuer nicht zum Tragen, hat der Kirchensteuerpflichtige die erhobene Kapitalertragsteuer für Zwecke der Berechnung der Kirchensteuer in der Steuererklärung anzugeben (§ 51a Abs. 2d, 2e EStG).

B. Erbschaftsteuer / Schenkungsteuer

Erhält der Versicherungsnehmer die Leistung selbst, so ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Leistungen oder Ansprüche aus kapitalbildenden Lebensversicherungen sind erbschaft-/schenkungsteuerpflichtig, wenn sie aufgrund einer Schenkung oder als Erwerb von Todes wegen (z.B. aufgrund eines Bezugsrechtes oder als Teil der Erbmasse) erworben werden.

Die Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft sowie Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer haben wir dem Finanzamt grundsätzlich anzuzeigen (§ 33 ErbStG, § 3 ErbStDV).

C. Versicherungsteuer, Umsatzsteuer

Versicherungsentgelte zu kapitalbildenden Lebensversicherungen, wie insbesondere Beiträge, sind in der Bundesrepublik Deutschland nach § 4 Nummer 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit, wenn der Versicherungsnehmer dort seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bzw. seinen Sitz hat. Befindet sich dieser in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder wird er dorthin verlegt, so können die Versicherungsbeiträge nach den dortigen Steuergesetzen einer Versicherungsteuer unterliegen. Gegebenenfalls sind wir verpflichtet, für den Versicherungsnehmer die Versicherungsteuer abzuführen. Die Versicherungsteuer ist in diesem Fall vom Versicherungsnehmer zu tragen, der daher uns gegenüber zur Erstattung der Steuer verpflichtet ist.

Versicherungsumsätze sind gemäß § 4 Nr. 10 Buchstabe a Umsatzsteuergesetz (UStG) umsatzsteuerfrei.

D. Meldepflicht nach dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der USA (FATCA)

Die USA haben mit der Bundesrepublik Deutschland am 31. Mai 2013 ein bilaterales Abkommen zur Förderung der Steuerehrlichkeit abgeschlossen. Dieses beinhaltet die gegenseitige Verpflichtung zum automatischen Austausch von Daten. Auf Grund der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung sind auch Versicherungsgesellschaften verpflichtet, eine US-Steuerpflicht zu erfragen und bei deren Vorliegen sowie Bestehen eines meldepflichtigen Vertrages Daten zum Steuerpflichtigen (wie Name, Anschrift, US-Steueridentifikationsnummer) zu erheben und zusammen mit der Vertragsnummer sowie dem Versicherungswert nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz an das Bundeszentralamt für Steuern zur Weiterleitung an die zuständige Behörde der USA zu übermitteln.

Eine US-Steuerpflicht besteht grundsätzlich dann, wenn der Versicherungsnehmer eine in der USA einkommensteuerpflichtige Person oder ein US-amerikanischer Rechtsträger ist bzw. ein nicht US-amerikanischer Rechtsträger, der von einer US-steuerpflichtigen Person beherrscht wird. Bei Fälligkeit der Versicherung besteht die Meldepflicht, wenn der Anspruchsberechtigte auf die Leistung aus der Versicherung steuerpflichtig in den USA ist.

Der Meldung unterliegen in der Regel rückkaufsfähige Versicherungsverträge und Rentenversicherungen. Bei natürlichen Personen unterliegen rückkaufsfähige Versicherungsverträge nur dann der Meldepflicht, wenn diese einen Wert von 50.000 US-Dollar zum Ende eines Kalenderjahres bzw. zum Zeitpunkt der Auflösung des Vertrages übersteigen. Bestehen mehrere meldepflichtige Verträge sind sie zusammenzurechnen.

E. Hinweis

Die vorstehenden Steuerhinweise wurden unter größtmöglicher Sorgfalt auf Grundlage der Rechtslage (gesetzliche Vorschriften, Richtlinien etc.) Stand 11.2014 erstellt. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern geben eine vereinfachte Darstellung der steuerlichen Behandlung wieder ohne Berücksichtigung der ggf. individuellen Gegebenheiten. Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Aus Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich eine abweichende steuerrechtliche Behandlung Ihrer Versicherung ergeben. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

121-153 01.2015

Steuerinformation zu Rentenversicherungen

Alle personenbezogenen Begriffe in dieser Information gelten für Männer und Frauen gleichermaßen, soweit der Begriff auf sie zutrifft.

Ob und in welcher Höhe Steuer anfällt, hängt auch von ggf. bestehenden Freibeträgen und Freigrenzen ab!

A. Einkommensteuer

Die laufenden und einmaligen Beiträge zu Rentenversicherungen können nicht als Sonderausgaben abgezogen werden.

Rentenleistungen aus Rentenversicherungen sind als sonstige Einkünfte nach § 22 Einkommensteuergesetz (EStG) mit ihrem Ertragsanteil einkommensteuerpflichtig. Die Höhe des Ertragsanteils richtet sich nach dem Alter des Rentenberechtigten bei Rentenbeginn. Rentenleistungen aus einer vereinbarten Rentengarantiezeit, die nach dem Tode der versicherten Person weitergezahlt werden, sind ebenfalls nur mit dem Ertragsanteil (des Erblassers) zu versteuern, wenn die vereinbarte Mindestlaufzeit nicht länger als die voraussichtliche durchschnittliche Lebenserwartung der versicherten Person ist.

Bei den Erträgen, die in einer (Teil-) Kapitalabfindung oder im Rückkaufswert (Kündigung) enthalten sind, handelt es sich um Einkünfte aus Kapitalvermögen.

Zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehört gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG im Erlebensfall (Kapitalabfindung) oder bei Rückkauf des Vertrages der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Erträge). Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von 12 Jahren seit dem Vertragsabschluss (i. d. R. maßgebend: Versicherungsbeginn) ausbezahlt, ist die Hälfte des Unterschiedsbetrages anzusetzen.

Sofern uns nicht eine entsprechende Nichtveranlagungsbescheinigung des Finanzamts oder ein entsprechender Freistellungsauftrag vorliegt, sind wir verpflichtet, aus den vollen Erträgen der Kapitalleistung im Erlebensfall und bei Rückkauf eine Kapitalertragsteuer von 25 % zuzüglich des Solidaritätszuschlages und ggf. Kirchensteuer einzubehalten und an das Finanzamt abzuführen. Im Fall der Kirchensteuerpflicht und Einbehalt durch uns erfolgt eine Berücksichtigung der Kirchensteuer als Sonderausgaben durch eine pauschale Ermäßigung des Kapitalertragsteuersatzes und damit auch der Bemessungsgrundlage für die Kirchensteuer und den Solidaritätszuschlag.

Mit dem Abzug der Kapitalertragsteuer ist die Einkommensteuer auf die Kapitalerträge, die in vollem Umfang der Kapitalertrags-

besteuerung unterliegen, grundsätzlich abgegolten (Abgeltungssteuer). Im Veranlagungsverfahren kann aber - z. B. bei nicht vollständig ausgeschöpftem Sparer-Pauschbetrag - eine Steuerfestsetzung auf der Basis der zutreffenden Bemessungsgrundlage mit dem besonderen Steuersatz für Kapitaleinkünfte von 25 % erreicht werden.

Alternativ zur Abgeltungswirkung werden auf Antrag die Einkünfte aus Kapitalvermögen im Rahmen der normalen Einkommensteuerveranlagung mit einbezogen und der tariflichen Einkommensteuer unterworfen, wenn dies zu einer niedrigeren Einkommensteuer einschließlich Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer führt (Günstigerprüfung).

Für Kapitalerträge, die nur in Höhe des hälftigen Unterschiedsbetrages der Besteuerung unterliegen, gilt die Abgeltungssteuer nicht. Die von uns einbehaltenen Steuern sind insoweit zunächst nur ein vorläufiger Abschlag. Die Steuerfreistellung des hälftigen Unterschiedsbetrages sowie die Besteuerung der anderen Hälfte erfolgt über die Einkommensteuererklärung unter Anwendung der tariflichen Einkommensteuer.

Die Kirchensteuer wird ebenso wie der Solidaritätszuschlag als Zuschlag zur Kapitalertragsteuer erhoben. Wir haben bei Kirchensteuerpflichtigen die Kirchensteuer mit der Kapitalertragsteuer einzubehalten und – mit abgeltender Wirkung, soweit diese auch die Kapitalertragsteuer hat - abzuführen (§ 51a Abs. 2c, 3 EStG). Um den Kirchensteuerabzug vornehmen zu können, sind wir gesetzlich verpflichtet, die Religionszugehörigkeit und den geltenden Kirchensteuersatz des Kirchensteuerpflichtigen beim Bundeszentralamt für Steuern in einem automatisierten Verfahren abzufragen (§ 51a Abs. 2c Nr. 3 EStG). Der Kirchensteuerpflichtige wird hierüber und über sein gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern bestehendes Widerspruchsrecht gegen die Übermittlung der Kirchensteuerdaten (Sperrvermerk) rechtzeitig informiert. Ein Widerspruch ist mit dem amtlich vorgeschriebenen Formular (zu finden unter www.formulare-bfinv.de unter dem Stichwort „Kirchensteuer“ als „Erklärung zum Sperrvermerk“) direkt bei dem Bundeszentralamt für Steuern einzulegen. Ein - auch bereits - eingeleiteter Widerspruch gilt bis zu seinem Widerruf. Das Bundeszentralamt für Steuern meldet den Widerspruch dem Finanzamt des Kirchensteuerpflichtigen, das diesen zur Abgabe einer Steuererklärung für die Erhebung der Kirchensteuer auf Abgeltungssteuer auffordern wird (§ 51a Abs. 2d EStG).

Erfolgt auf Grund des Sperrvermerks kein Kirchensteuereinbehalt mit der Kapitalertragsteuer durch uns bzw. kommt die Abgeltungssteuer nicht zum Tragen, hat der Kirchensteuerpflichtige die erhobene Kapitalertragsteuer für Zwecke der Berechnung der Kirchensteuer in der Steuererklärung anzugeben (§ 51a Abs. 2d, 2e EStG).

Die Rückgewähr der gezahlten Beiträge im Falle des Todes der versicherten Person unterliegt grundsätzlich nicht der Einkommensteuer. Bei entgeltlich erworbenen Rentenversicherungen kann die Kapitalleistung im Todesfall aber einkommensteuerpflichtig sein.

B. Erbschaftsteuer / Schenkungsteuer

Erhält der Versicherungsnehmer die Leistung selbst, so ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Leistungen oder Ansprüche aus Rentenversicherungen sind erbschaft-/schenkungsteuerpflichtig, wenn sie aufgrund einer Schenkung oder als Erwerb von Todes wegen (z.B. aufgrund eines Bezugsrechtes oder als Teil der Erbmasse) erworben werden.

Die Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft sowie Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer haben wir dem Finanzamt grundsätzlich anzuzeigen (§ 3 ErbStG, § 3 ErbStDV).

C. Versicherungsteuer, Umsatzsteuer

Versicherungsentgelte zu Rentenversicherungen, wie insbesondere Beiträge, sind in der Bundesrepublik Deutschland nach § 4 Nummer 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit, wenn der Versicherungsnehmer dort seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bzw. seinen Sitz hat. Befindet sich dieser in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder wird er dorthin verlegt, so können die Versicherungsbeiträge nach den dortigen Steuergesetzen einer Versicherungsteuer unterliegen. Gegebenenfalls sind wir verpflichtet, für den Versicherungsnehmer die Versicherungsteuer abzuführen. Die Versicherungsteuer ist in diesem Fall vom Versicherungsnehmer zu tragen, der daher uns gegenüber zur Erstattung der Steuer verpflichtet ist.

Versicherungsumsätze sind gemäß § 4 Nr. 10 Buchstabe a Umsatzsteuergesetz (UStG) umsatzsteuerfrei.

D. Meldepflicht nach dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der USA (FATCA)

Die USA haben mit der Bundesrepublik Deutschland am 31. Mai 2013 ein bilaterales Abkommen zur Förderung der Steuerehrlich-

keit abgeschlossen. Dieses beinhaltet die gegenseitige Verpflichtung zum automatischen Austausch von Daten. Auf Grund der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung sind auch Versicherungsgesellschaften verpflichtet, eine US-Steuerpflicht zu erfragen und bei deren Vorliegen sowie Bestehen eines meldepflichtigen Vertrages Daten zum Steuerpflichtigen (wie Name, Anschrift, US-Steueridentifikationsnummer) zu erheben und zusammen mit der Vertragsnummer sowie dem Versicherungswert nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz an das Bundeszentralamt für Steuern zur Weiterleitung an die zuständige Behörde der USA zu übermitteln.

Eine US-Steuerpflicht besteht grundsätzlich dann, wenn der Versicherungsnehmer eine in der USA einkommensteuerpflichtige Person oder ein US-amerikanischer Rechtsträger ist bzw. ein nicht US-amerikanischer Rechtsträger, der von einer US-steuerpflichtigen Person beherrscht wird. Bei Fälligkeit der Versicherung besteht die Meldepflicht, wenn der Anspruchsberechtigte auf die Leistung aus der Versicherung steuerpflichtig in den USA ist.

Der Meldung unterliegen in der Regel rückkaufsfähige Versicherungsverträge und Rentenversicherungen. Bei natürlichen Personen unterliegen rückkaufsfähige Versicherungsverträge nur dann der Meldepflicht, wenn diese einen Wert von 50.000 US-Dollar zum Ende eines Kalenderjahres bzw. zum Zeitpunkt der Auflösung des Vertrages übersteigen. Bestehen mehrere meldepflichtige Verträge sind sie zusammenzurechnen.

E. Rentenbezugsmitteilungen

Nach § 22a EStG haben wir der zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum 01.03. des auf den Zufluss der Rentenzahlung folgenden Kalenderjahres eine Rentenbezugsmitteilung zu übermitteln. Diese beinhaltet neben Familienname, Vorname und Geburtsdatum, die (Steuer-)Identifikationsnummer des Steuerpflichtigen, den Betrag der Rente sowie den Beginn und das Ende des jeweiligen Leistungsbezugs. Über die Mitteilung an die zentrale Stelle werden wir den Steuerpflichtigen jeweils unterrichten.

F. Hinweis

Die vorstehenden Steuerhinweise wurden unter größtmöglicher Sorgfalt auf Grundlage der Rechtslage (gesetzliche Vorschriften, Richtlinien etc.) Stand 11.2014 erstellt. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern geben eine vereinfachte Darstellung der steuerlichen Behandlung wieder ohne Berücksichtigung der ggf. individuellen Gegebenheiten. Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Aus Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich eine abweichende steuerrechtliche Behandlung Ihrer Versicherung ergeben. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

121-153 01.2015

Steuerinformation zu Berufsunfähigkeitsversicherungen

Alle personenbezogenen Begriffe in dieser Information gelten für Männer und Frauen gleichermaßen, soweit der Begriff auf sie zutrifft.

Ob und in welcher Höhe Steuer anfällt, hängt auch von ggf. bestehenden Freibeträgen und Freigrenzen ab!

A. Einkommensteuer

Beiträge zur Berufsunfähigkeitsversicherung und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (nachfolgend Berufsunfähigkeitsversicherungen) können im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 Einkommensteuergesetz (EStG)) als Sonderausgaben geltend gemacht werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG).

Rentenzahlungen im Fall der Berufsunfähigkeit stellen steuerrechtlich sog. „abgekürzte Leibrenten“ dar. Sie sind in Höhe des nach § 55 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung berechneten Ertragsanteiles einkommensteuerpflichtig.

B. Erbschaftsteuer / Schenkungsteuer

Erhält der Versicherungsnehmer die Leistung selbst, so ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Leistungen oder Ansprüche aus Berufsunfähigkeitsversicherungen sind erbschaft-/schenkungsteuerpflichtig, wenn sie aufgrund einer Schenkung oder als Erwerb von Todes wegen (z.B. aufgrund eines Bezugsrechtes oder als Teil der Erbmasse) erworben werden.

Die Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft sowie Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer

mer haben wir dem Finanzamt grundsätzlich anzuzeigen (§ 33 ErbStG, § 3 ErbStDV).

C. Versicherungsteuer, Umsatzsteuer

Versicherungsentgelte zu Berufsunfähigkeitsversicherungen, wie insbesondere Beiträge, sind in der Bundesrepublik Deutschland nach § 4 Nummer 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit, wenn der Versicherungsnehmer dort seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bzw. seinen Sitz hat. Befindet sich dieser in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder wird er dorthin verlegt, so können die Versicherungsbeiträge nach den dortigen Steuergesetzen einer Versicherungsteuer unterliegen. Gegebenenfalls sind wir verpflichtet, für den Versicherungsnehmer die Versicherungsteuer abzuführen. Die Versicherungsteuer ist in diesem Fall vom Versicherungsnehmer zu tragen, der daher uns gegenüber zur Erstattung der Steuer verpflichtet ist.

Versicherungsumsätze sind gemäß § 4 Nr. 10 Buchstabe a Umsatzsteuergesetz (UStG) umsatzsteuerfrei.

D. Rentenbezugsmitteilungen

Nach § 22a EStG haben wir der zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum 01.03. des auf den Zufluss der Rentenzahlung folgenden Kalenderjahres eine Rentenbezugsmitteilung zu übermitteln. Diese beinhaltet neben Familienname, Vorname und Geburtsdatum, die (Steuer-)Identifikationsnummer des Steuerpflichtigen, den Betrag der Rente sowie den Beginn und das Ende des jeweiligen Leistungsbezugs. Über die Mitteilung an die zentrale Stelle werden wir den Steuerpflichtigen jeweils unterrichten.

E. Hinweis

Die vorstehenden Steuerhinweise wurden unter größtmöglicher Sorgfalt auf Grundlage der Rechtslage (gesetzliche Vorschriften, Richtlinien etc.) Stand 11.2014 erstellt. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern geben eine vereinfachte Darstellung der steuerlichen Behandlung wieder ohne Berücksichtigung der ggf. individuellen Gegebenheiten. Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Aus Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich eine abweichende steuerrechtliche Behandlung Ihrer Versicherung ergeben. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

121-153 01.2015

Steuerinformation zu betrieblichen Versicherungen – außer Direktversicherungen –

Alle personenbezogenen Begriffe in dieser Information gelten für Männer und Frauen gleichermaßen, soweit der Begriff auf sie zutrifft.

Ob und in welcher Höhe Steuer anfällt, hängt auch von ggf. bestehenden Freibeträgen und Freigrenzen ab!

Versicherungen auf das Leben von Arbeitnehmern (im steuerlichen Sinne), aus der der Arbeitgeber bezugsberechtigt ist, sind in aller Regel betrieblich veranlasst und damit steuerlich zu berücksichtigen, wenn ihnen eine schriftliche Pensionszusage zugrunde liegt (Rückdeckungsversicherung).

Darüber hinaus wird die betriebliche Veranlassung von Lebensversicherungen zunehmend von der Finanzverwaltung und der Rechtsprechung verneint. Wir empfehlen deshalb, zur genauen Klärung der betrieblichen Veranlassung, ggf. einen Steuerberater und das zuständige Finanzamt hinzuzuziehen.

A. Einkommensteuer

Beiträge zu betrieblich veranlassten Versicherungen sind bei bilanzierenden Arbeitgebern/Unternehmen als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig. Noch nicht fällige Ansprüche aus Lebens- und Rentenversicherungen im Betriebsvermögen sind bei bilanzierenden Arbeitgebern/Unternehmen zu aktivieren.

Bei Gewinnermittlung durch Einnahme-Überschussrechnung gem. § 4 Abs. 3 Einkommensteuergesetz ist eine Aktivierung nicht möglich. Die steuerliche Behandlung einer Versicherung, aus der dem Arbeitgeber die Leistungen zustehen, empfehlen wir mit dem Steuerberater und dem zuständigen Finanzamt vorab zu klären. Dies insbesondere im Hinblick darauf, ob die Beiträge dann sofort und in vollem Umfang als Betriebsausgaben gelten gemacht werden können.

Fällige Leistungen aus Lebens- und Rentenversicherungen im Betriebsvermögen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Der aktivierte Versicherungsanspruch entfällt bei Auszahlung einer Kapitalleistung bzw. vermindert sich bei Auszahlung von Rentenleistungen.

Erfolgt aus der Versicherung eine Kapitalzahlung im Erlebensfall oder bei Rückkauf, sind wir auch bei Kapitalgesellschaften als Versicherungsnehmer verpflichtet, eine Kapitalertragsteuer von 25 % der Kapitalerträge zuzüglich des Solidaritätszuschlages ein-

zubehalten und an das Finanzamt abzuführen.

Bemessungsgrundlage ist - wie auch bei natürlichen Personen als Versicherungsnehmer - der in der Kapitalzahlung enthaltene Ertrag, der sich gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 6 Einkommensteuergesetz (EStG) als Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Erträge) im Erlebensfall oder bei Rückkauf des Vertrages ergibt.

Die Abgeltungssteuer für Kapitaleinkünfte gilt für körperschaftsteuerpflichtige Unternehmen nicht. Für diese Unternehmen hat die einbehaltene Kapitalertragssteuer weiterhin vorauszahlende Wirkung und kann auf die zu entrichtende Ertragssteuer angerechnet werden.

Wird ein Anspruch aus einer Rückdeckungsversicherung auf den Arbeitnehmer übertragen oder eine solche in eine Direktversicherung umgewandelt, fließt dem Arbeitnehmer im Zeitpunkt der Übertragung bzw. Umwandlung ein lohnsteuerpflichtiger geldwerter Vorteil zu, der grundsätzlich dem geschäftsplanmäßigen Deckungskapital zuzüglich einer bis zu diesem Zeitpunkt zugeteilten Überschussbeteiligung der Versicherung entspricht.

Die Versicherung verliert dadurch ihren Charakter als Rückdeckungsversicherung und es gelten für sie dann andere Steuerregelungen. Unschädlich ist jedoch die Verpfändung der Ansprüche aus der Rückdeckungsversicherung an den Arbeitnehmer.

B. Erbschaftsteuer

Erbschaftsteuer fällt bei betrieblich veranlassten Versicherungen nicht an.

C. Versicherungsteuer, Umsatzsteuer

Versicherungsentgelte zu Lebens- und Rentenversicherungen, wie insbesondere Beiträge, sind in der Bundesrepublik Deutschland nach § 4 Nummer 5 Versicherungsteuergesetz von der

Versicherungsteuer befreit, wenn der Versicherungsnehmer dort seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bzw. seinen Sitz hat. Befindet sich dieser in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder wird er dorthin verlegt, so können die Versicherungsbeiträge nach den dortigen Steuergesetzen einer Versicherungsteuer unterliegen. Gegebenenfalls sind wir verpflichtet, für den Versicherungsnehmer die Versicherungsteuer abzuführen. Die Versicherungsteuer ist in diesem Fall vom Versicherungsnehmer zu tragen, der daher uns gegenüber zur Erstattung der Steuer verpflichtet ist.

Versicherungsumsätze sind gemäß § 4 Nr. 10 Buchstabe a Umsatzsteuergesetz (UStG) umsatzsteuerfrei.

D. Meldepflicht nach dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der USA (FATCA)

Die USA haben mit der Bundesrepublik Deutschland am 31. Mai 2013 ein bilaterales Abkommen zur Förderung der Steuerehrlichkeit abgeschlossen. Dieses beinhaltet die gegenseitige Verpflichtung zum automatischen Austausch von Daten. Auf Grund der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung sind auch Versicherungsgesellschaften verpflichtet, eine US-Steuerpflicht zu erfragen und bei deren Vorliegen sowie Bestehen eines meldepflichtigen Vertrages Daten zum Steuerpflichtigen (wie Name, Anschrift, US-Steueridentifikationsnummer) zu erheben und zusammen mit der Vertragsnummer sowie dem Versicherungswert nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz an das Bundeszentralamt für Steuern zur Weiterleitung an die zuständige Behörde der USA zu übermitteln.

Eine US-Steuerpflicht besteht grundsätzlich dann, wenn der Versicherungsnehmer eine in der USA einkommensteuerpflichtige Person oder ein US-amerikanischer Rechtsträger ist bzw. ein nicht US-amerikanischer Rechtsträger, der von einer US-steuerpflichtigen Person beherrscht wird. Bei Fälligkeit der Versicherung besteht die Meldepflicht, wenn der Anspruchsberechtigte auf die Leistung aus der Versicherung steuerpflichtig in den USA ist.

Der Meldung unterliegen in der Regel rückkaufsfähige Versicherungsverträge und Rentenversicherungen. Bei natürlichen Personen unterliegen rückkaufsfähige Versicherungsverträge nur dann der Meldepflicht, wenn diese einen Wert von 50.000 US-Dollar zum Ende eines Kalenderjahres bzw. zum Zeitpunkt der Auflösung des Vertrages übersteigen. Bestehen mehrere meldepflichtige Verträge sind sie zusammenzurechnen.

E. Hinweis

Die vorstehenden Steuerhinweise wurden unter größtmöglicher Sorgfalt auf Grundlage der Rechtslage (gesetzliche Vorschriften, Richtlinien etc.) Stand 11.2014 erstellt. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern geben eine vereinfachte Darstellung der steuerlichen Behandlung wieder ohne Berücksichtigung der ggf. individuellen Gegebenheiten. Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Aus Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich eine abweichende steuerrechtliche Behandlung Ihrer Versicherung ergeben. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.



Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg
Telefon: (0911) 53 07-0
Telefax: (0911) 53 07-16 76
E-mail: info@uniVersa.de
Internet: www.uniVersa.de

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: