



Verbraucherinformation für Direktversicherungen nach § 3 Nr. 63 EStG

Fondsgebundene Versicherung
– Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

in der Fassung 01/2012

Ihr Versicherer:
Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
53288 Bonn

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Fondsgebundene Versicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	6
Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung in der Fondsgebundenen Versicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	22
Allgemeine Steuerhinweise zu Direktversicherungen für die Fondsgebundene Versicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	24
Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht	25
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	27
Besondere Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	35
Widerrufsbelehrung	41
Merkblatt zur Datenverarbeitung	42

Allgemeine Hinweise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Rechtsverordnung über die Informationspflichten bei Versicherungsverträgen regelt die von der Versicherungsgesellschaft dem Versicherungsnehmer zu erteilenden Informationen. Die konkreten Informationsverpflichtungen können Sie den nachfolgenden Ziffernüberschriften entnehmen. Sowohl mit diesen Allgemeinen Hinweisen als auch mit den weiteren Ihnen überlassenen Unterlagen (z. B. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen) informieren wir Sie entsprechend den gesetzlichen Vorgaben über:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist und die zugehörige Registernummer; zur Identität gehören insbesondere der Name, die Anschrift, die Rechtsform und der Sitz.

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Poppelsdorfer Allee 25-33
53115 Bonn
Sitz der Gesellschaft: Bonn (19 HRB 4450).

Bei der „Konsortialversicherung“ ist Ihr Vertragspartner ein Versicherungskonsortium. Federführendes Unternehmen ist die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG. Die Zusammensetzung des Konsortiums und die Anteile der Versicherer zu Beginn der Versicherung werden in der im Persönlichen Vorschlag und im Versicherungsschein enthaltenen „Information zur Konsortialversicherung“ ausgewiesen.

2. die Identität eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat, wenn es einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen für den Versicherer gewerblich tätigen Person als dem Anbieter, wenn der Versicherungsnehmer mit dieser geschäftlich zu tun hat und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber dem Versicherungsnehmer tätig wird.

Diese Informationspflicht ist für die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG als deutschen Versicherer nicht einschlägig, so dass hierzu keine Angabe erfolgt.

3. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer, seinem Vertreter oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und dem Versicherungsnehmer maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten.

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Eduard Thometzek
Poppelsdorfer Allee 25-33
53115 Bonn

4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers sowie Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG ist das Lebensversicherungsgeschäft. Bei Beanstandungen haben Sie zudem die Möglichkeit, sich an folgende Adresse zu wenden:

Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

5. das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen, die nicht unter die Richtlinie 94/19/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 1994 über Einlagensicherungs-systeme (ABl. EG Nr. L 135 S. 5) und die Richtlinie 97/9/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. März 1997 über Systeme für die Entschädigung der Anleger (ABl. EG Nr. L 84 S. 22) fallen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)), 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 Person, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere

a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts;
b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die dem Versicherungsnehmer eine Überprüfung des Preises ermöglichen.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

8. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden; anzugeben sind auch alle Kosten, die dem Versicherungsnehmer für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

10. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises.

Der Persönliche Vorschlag verliert seine Gültigkeit, soweit wir unsere Kalkulationsgrundlagen ändern. Zu diesen Grundlagen gehören insbesondere die Höhe des gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungszinses oder verwendete Sterbetafeln.

11. den Umstand, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

12. darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll.

Der Vertrag kommt durch Zusendung des Versicherungsscheins zustande. Eine Antragsbindefrist besteht nicht.

13. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den der Versicherungsnehmer im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen hat.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen.

14. die Laufzeit und gegebenenfalls Mindestlaufzeit des Vertrages.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

15. die Beendigung des Vertrages, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter „Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?“

16. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt.

Bei der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages gehen wir von der Geltung deutschen Rechts aus.

17. eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht.

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

18. die Sprachen, in welchen die Vertragsbedingungen und die in dieser Vorschrift genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden sowie die Sprachen, in welchen sich der Versicherer verpflichtet, mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen.

Ihr Vertrag mit den dazugehörigen Vertragsunterlagen wird in deutscher Sprache geführt.

19. einen möglichen Zugang des Versicherungsnehmers zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt.

Die Zurich Gruppe Deutschland ist Mitglied im Verein „Versicherungsombudsman e.V.“. Hier können Sie unter der nachfolgenden Adresse das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen, sofern der Versicherungsvertrag von Ihnen als natürliche Person abgeschlossen wurde und weder Ihrer gewerblichen noch Ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit zuzurechnen ist.

Versicherungsombudsman e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsman.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt für Sie trotz eines Streitschlichtungsverfahrens vor dem Versicherungsombudsman unberührt.

20. die Möglichkeit einer Beschwerde bei der unter Nr. 4 genannten Aufsichtsbehörde.

Bei Fragen und Beanstandungen, die im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag stehen, wenden Sie sich bitte an den Sie betreuenden Vermittler, Berater oder direkt an die Zurich Gruppe Deutschland. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich direkt an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu wenden.

Darüber hinaus informieren wir Sie auf Grundlage der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen zusätzlich noch über:

1. die Höhe der Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages, soweit diese nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

2. sonstige in die Prämie eingerechnete Kosten.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

3. die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4. die Rückkaufswerte.

Bei Kündigung durch Sie wird der Wert des aktuellen Vertragsguthabens, vermindert um die bedingungsgemäß vorgesehenen Abzüge, geleistet. Bei den Produkten der Basisversorgung behandeln wir die Kündigung bedingungsgemäß als Beitragsfreistellung. Eine Kündigung mit der Folge, dass ein Rückkaufswert ausgezahlt wird, ist ausgeschlossen.

5. den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 3 und 4 garantiert sind.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

7. die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte (bei Fondsgebundenen Versicherungen)

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

8. die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den im Rahmen der Verbraucherinformation zur Verfügung gestellten Steuerhinweisen.

Hinweis für Berufsunfähigkeits(-Zusatz)versicherung

Der von uns in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Aus diesem Grund kann beispielsweise eine anerkannte Erwerbsminderungsrente nicht ohne Weiteres zu einem Anspruch auf Leistungen aus der hier versicherten Berufsunfähigkeits(-Zusatz)versicherung führen. Bei der Krankentagegeldversicherung kann es aufgrund der abweichenden Begriffe zu Deckungslücken kommen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Fondsgebundene Versicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was beinhaltet eine Fondsgebundene Versicherung?
- § 2 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?
- § 3 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?
- § 6 Was geschieht, wenn Fonds nicht mehr zur Verfügung stehen?
- § 7 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?
- § 8 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?
- § 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 10 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 11 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 12 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 13 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Fondsgebundene Versicherung in eine konventionelle Rentenversicherung umwandeln?
- § 14 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Fondsgebundene Versicherung verlängern?
- § 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten ergeben sich aus einer eingeschlossenen Verfügungsphase?
- § 16 Wann und wie können Sie Ihre Fondsanlage ändern?
- § 17 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
- § 18 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?
- § 19 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 20 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 21 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?
- § 22 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 23 Welche Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
- § 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 25 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 26 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?
- § 27 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten für das Garantiefonds-konzept FlexPension?

§ 1 Was beinhaltet eine Fondsgebundene Versicherung?

(1) Eine Direktversicherung ist eine Lebensversicherung, die durch den Arbeitgeber auf das Leben des Arbeitnehmers abgeschlossen wird und bei der der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen hinsichtlich der Leistungen des Versicherers ganz oder teilweise bezugsberechtigt sind (vgl. § 1b Abs. 2 Betriebsrentengesetz).

Die Fondsgebundene Versicherung ist an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock) unmittelbar beteiligt, soweit sie nicht in Form von Renten- bzw. Kapitalauszahlungen abgerufen worden ist.

Abweichend gilt bei Fondsgebundenen Versicherungen mit einer garantierten Leistung im Erlebensfall, dass hier auch Beitragsteile in unserem sonstigen Vermögen, d. h. in nicht fondsgebundener Form angelegt werden.

Der Anlagestock wird gesondert vom sonstigen Vermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteileneinheiten aufgeteilt. Die Wertpapiere sind Fondsanteile bestimmter von Ihnen gewählter Fonds, die innerhalb des Anlagestocks getrennt geführt werden. Die zurzeit zur Auswahl stehenden Fonds sind im Versicherungsschein genannt.

Soweit die Leistung abgerufen wird, wird der entsprechende Anteil dem Anlagestock entnommen und im Falle einer Rentenzahlung in unserem sonstigen Vermögen zur Finanzierung einer lebenslangen garantierten Rente angelegt.

(2) Die Entwicklung der Werte des Anlagestocks ist nicht vorhersehbar und daher nicht garantiert.

(3) Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der Fondsanteile der von Ihnen gewählten Fonds einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Dies bedeutet, dass Sie das Kapitalanlage-Risiko tragen. Insbesondere bei Fonds, die nicht auf Euro lauten (Fremdwährungsfonds), können darüber hinaus Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage beeinflussen. Bei einer guten Fondsentwicklung wird die Versicherungsleistung im Erlebensfall höher sein, als bei einer weniger guten Fondsentwicklung. Im Todesfall ist immer das vereinbarte Mindesttodesfallverrentungskapital garantiert (vgl. § 2 Abs. 8).

(4) Das Vertragsguthaben Ihrer Versicherung ist die Summe aus Fonds-Deckungskapital und Garantie-Deckungskapital. Das Fonds-Deckungskapital ergibt sich aus der Zahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Fondsanteile. Das Garantie-Deckungskapital ist das Guthaben, das sich aus den Beitragsteilen ergibt, die zur Bildung einer ggf. mit uns vereinbarten garantierten Leistung im Erlebensfall verwendet worden sind. Den Wert des Fonds-Deckungskapitals Ihrer Versicherung ermitteln wir dadurch, dass die Zahl der Fondsanteile Ihrer Versicherung mit dem jeweiligen am Bewertungsstichtag (vgl. § 2 Abs. 12) von der Kapitalanlagegesellschaft veröffentlichten Rücknahmepreis der von Ihnen gewählten Fonds multipliziert wird. Bei Fremdwährungsfonds (z. B. auf US-\$) werden die Rücknahmepreise am Bewertungsstichtag ebenfalls in Euro umgerechnet.

(5) Die Kalkulation der bei Vertragsbeginn im Versicherungsschein genannten Leistungen basiert vor Rentenzahlungsbeginn auf der Sterbetafel DAV 1994T und verwendet einen Rechnungszins in Höhe von 1,75 %. In der Rentenphase basiert sie auf der Sterbetafel DAV 2004R und verwendet einen Rechnungszins in Höhe von 1 %.

In der beitragsfreien Verfügungsphase bleiben die ggf. vereinbarten garantierten Versicherungsleistungen auf dem Stand am Ende der Grundphase.

§ 2 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

(1) Erlebt die versicherte Person den im Versicherungsschein dokumentierten Abruftermin – bei Einschluss einer Verfügungsphase den spätestmöglichen Abruftermin – zahlen wir die aus dem Vertragsguthaben nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelte Rente lebenslang jeweils monatlich an den vereinbarten Fälligkeitsterminen aus. Der Termin der ersten Rentenzahlung ist im Versicherungsschein dokumentiert. Das Mindestrentenalter beträgt 62 Jahre.

Vor Rentenzahlungsbeginn können Sie anstelle der monatlichen Rentenzahlungsweise auch eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rentenzahlungsweise vereinbaren. Durch eine Änderung der Rentenzahlungsweise ändert sich die Ihnen genannte garantierte Rente. Hierüber werden wir Sie gesondert unterrichten. Der Antrag kann frühestens fünf Monate vor dem Abruf der Leistung gestellt werden.

Bei einer anfänglichen Rente von monatlich weniger als 25 EUR werden jeweils 12 Monatsrenten zu einer Auszahlung zusammengefasst. **Ergibt sich eine jährliche Rente, die 12 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt, erfolgt die Auszahlung des gesamten Kapitals und die Auflösung des Vertrags.**

Für die Rentenzahlungszeit können Sie Zusatzversicherungen (z. B. Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung) vereinbaren, sofern diese zum Zeitpunkt des Übergangs in den Rentenbezug zur Verfügung stehen. Der Antrag kann frühestens fünf Monate vor dem Abruf der Leistung gestellt werden.

(2) Alternativ zur Rentenzahlung (vgl. Absatz 1) können Sie auch eine vollständige Auszahlung des Vertragsguthabens zuzüglich des Schlussüberschusses (Kapitalauszahlung) bis zu 6 Wochen vor dem Abruf der Leistung beantragen. **Mit der vollständigen Kapitalauszahlung erlischt die fondsgebundene Versicherung.**

(3) Alternativ zur vollständigen Kapitalzahlung kann im Rahmen der steuerlichen Förderung auch eine teilweise Kapitalzahlung bis zu 30% des Vertragsguthabens mit anschließender sofortiger Verrentung des verbleibenden Vertragsguthabens beantragt werden (Teilkapitalisierung). Hierbei zahlen wir ab dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn eine Rente, die aus dem nicht ausgezahlten Vertragsguthaben ermittelt wird. Die Voraussetzung für eine teilweise Rentenzahlung ist, dass die Rente aus dem verbleibenden Vertragsguthaben mindestens 50 EUR monatlich beträgt.

Haben Sie eine Teilkapitalisierung beantragt, ohne dabei anzugeben, wie viel Prozent des Vertragsguthabens in einem Betrag ausgezahlt werden soll, so gilt die Auszahlung der höchstmöglichen Summe als vereinbart.

(4) Das Kapitalwahlrecht kann frühestens 5 Monate vor dem vereinbarten Abruftermin ausgeübt werden. Ist eine Verfügungsphase eingeschlossen, gilt dies für den frühestmöglichen Abruftermin.

(5) Bei Vertragsabschluss kann zwischen einer reinen Fondsanlage und einer garantierten Leistung im Erlebensfall gewählt werden.

Reine Fondsanlage

Es ist keine garantierte Leistung im Erlebensfall vereinbart. Ihr Vertragsguthaben wird ausschließlich in fondsgebundener Form angelegt.

Garantierte Leistung im Erlebensfall (Beitragsgarantie, Maximalgarantie)

Falls Sie die Option „Beitragsgarantie“ oder „Maximalgarantie“ mit uns vereinbart haben, garantieren wir Ihnen, dass das Vertragsguthaben zum Abruftermin mindestens die im Versicherungsschein dokumentierte Höhe erreicht.

„Beitragsgarantie“ bedeutet, dass die garantierte Erlebensfallsumme anfänglich der Summe der insgesamt bis zum Abruftermin – bei Einschluss einer Verfügungsphase zum frühestmöglichen Abruftermin – zu zahlenden Beiträge (Beitragssumme) entspricht.

„Maximalgarantie“ bedeutet, dass die garantierte Erlebensfallsumme anfänglich in der größtmöglichen Höhe gewählt wird.

Die garantierte Erlebensfallsumme ist so kalkuliert, dass Ihre gesamten Beiträge, soweit sie nicht zur Deckung zukünftiger Kosten und Verwaltungsaufwendungen bestimmt sind, für die Sicherstellung der Garantie verwendet werden.

Bei dynamischen Anpassungen, in der Verfügungsphase und bei Vertragsänderungen wird die garantierte Erlebensfallsumme angepasst.

Hierbei wird grundsätzlich, soweit nichts anderes vereinbart ist, die garantierte Erlebensfallsumme im Verhältnis von neuer zu alter Beitragssumme erhöht. soweit hierdurch nicht die größtmögliche Höhe für die garantierte Erlebensfallsumme überschritten wird. Die größtmögliche Höhe für die garantierte Erlebensfallsumme ergibt sich daraus, dass in der zugrunde liegenden Kalkulation das gesamte Deckungskapital und alle zukünftig zu zahlenden Beiträge, soweit sie nicht zur Deckung zukünftiger Kosten und Verwaltungsaufwendungen bestimmt sind, für die Sicherstellung der Garantie zur Verfügung stehen.

(6) Bereits bei Vertragsabschluss nennen wir Ihnen

- die garantierte monatliche Rente je 10.000 EUR Vertragsguthaben (Rentenfaktor) zum vertraglich vereinbarten Abruftermin und
- eine lebenslange monatliche garantierte Rente in absoluter Höhe – sofern zum Abruftermin die Mindesthöhe von 50 EUR erreicht wird. Bei dynamischen Anpassungen und in der Verfügungsphase kann sich diese lebenslange monatliche garantierte Rente noch erhöhen.

Der garantierte Rentenfaktor ist vorsichtig kalkuliert. Ergibt sich bei Übergang in den Rentenbezug auf Basis der von uns dann im Rentenneugeschäft verwendeten Sterbetafel und des im Rentenneugeschäft verwendeten Rechnungszinses ein höherer Rentenfaktor, gilt dieser höhere Rentenfaktor.

Sofern sich bei Übergang in den Rentenbezug aufgrund der Wertentwicklung des Vertragsguthabens aus dem Rentenfaktor im Vergleich zur monatlichen Rente in absoluter Höhe eine höhere Leistung ergibt, gilt dieser höhere Wert als garantiert.

Aufgrund ungewisser Entwicklungen, insbesondere hinsichtlich der Lebenserwartung, sind die Garantiewerte vorsichtig kalkuliert. Hieraus können Überschüsse resultieren. Diese werden beim Übergang in den Rentenbezug nach versicherungsmathematischen Grundsätzen anhand der dann für die Rentenzahlungszeit vorgesehenen Rechnungsgrundlagen zur weiteren Erhöhung der Rente verwendet. Rechnungsgrundlagen sind der Höchstrechnungszins und die Sterbetafel. Die garantierte Rente inklusive dieser Überschüsse bildet die Grundrente.

(7) Wenn die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat, können Sie den Vertrag vorzeitig beenden und Sie erhalten

den Rückkaufswert, der ohne Abzug berechnet wird. Eine garantierte Mindestleistung für den Rückkaufswert ist bei Wahrnehmung der Option nicht vorhanden.

Alternativ kann auf Wunsch der Rentenzahlungsbeginn vorverlegt werden. In diesem Fall wird Ihre Rente aus dem vorhandenen Vertragsguthaben und einem garantierten Rentenfaktor, der für das vorgezogene Rentenbeginnalter nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet wird, gebildet. Die Berechnung dieses garantierten Rentenfaktors erfolgt auf Basis der Sterbetafel und des Rechnungszinses, die in § 1 Abs. 5 festgelegt sind. Ergibt sich bei Übergang in den Rentenbezug auf Basis der von uns beim vorgezogenen Rentenzahlungsbeginn im Rentenneugeschäft verwendeten Sterbetafel und des im Rentenneugeschäft verwendeten Rechnungszinses ein höherer Rentenfaktor, gilt dieser höhere Rentenfaktor.

(8) Bei Tod der versicherten Person vor dem Abruf der vollständigen Leistung wird aus dem Vertragsguthaben, mindestens jedoch aus der Höhe des vereinbarten Mindesttodesfallverrentungskapitals zuzüglich des anteiligen Schlussüberschusses (vgl. § 3 Absatz 4) eine lebenslange Hinterbliebenenrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt. Deren Höhe richtet sich nach dem Geschlecht und Alter des Hinterbliebenen zum Todeszeitpunkt der versicherten Person sowie den dann gültigen Rentenprodukten unserer Gesellschaft und kann daher noch nicht angegeben werden. Die Rente zahlen wir an die bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 20 Absatz 2). **Sind solche Hinterbliebenen nicht (mehr) vorhanden, endet die Versicherung. Bei einer anfänglichen Rente von monatlich weniger als 25 EUR werden jeweils 12 Monatsrenten zu einer Auszahlung zusammengefasst. Ergibt sich eine jährliche Rente, die 12 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt, erfolgt die Auszahlung des gesamten Kapitals und die Auflösung des Vertrages.**

Die Hinterbliebenenleistung kann auch als einmalige Kapitalleistung ausgezahlt werden, sofern das Kapitalwahlrecht vom bezugsberechtigten Hinterbliebenen nach dem Tod der versicherten Person, jedoch vor dem Zeitpunkt der ersten Rentenzahlung an den Hinterbliebenen, ausgeübt wird.

Sind im Falle des Todes der versicherten Person vor dem vorgesehenen Abruftermin keine bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 20 Absatz 2) vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt maximal 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Vertragsguthaben kommt den übrigen Personen derselben Bestandsgruppe zugute. Ist das Vertragsguthaben niedriger als 8.000 EUR, wird das Vertragsguthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person ausgezahlt, die die versicherte Person schriftlich als Empfänger benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

Bezüglich der Höhe des Mindesttodesfallverrentungskapitals kann bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung bei Vertragsabschluss zwischen den beiden nachfolgenden Modellen gewählt werden.

Basisschutz

Das Mindesttodesfallverrentungskapital entspricht in den ersten drei Versicherungsjahren der Summe der bereits gezahlten Beiträge. Ab dem 4. Versicherungsjahr beträgt das Mindesttodesfallverrentungskapital 60% der insgesamt bis zum vertraglich vereinbarten Abruftermin – bei Einschluss einer Verfügungsphase zum spätestmöglichen Abruftermin – zu zahlenden Beiträge (Beitragssumme).

Premienschutz

Das Mindesttodesfallverrentungskapital kann in Prozent der insgesamt bis zum vertraglich vereinbarten Abruftermin – bei Einschluss einer Verfügungsphase zum spätestmöglichen Abruftermin – zu zahlenden Beiträge (Beitragssumme) festgelegt werden. Je niedriger der Prozentsatz des Mindesttodesfallverrentungskapitals gewählt wurde, desto geringer sind die Risikobeiträge, die dem Fonds-Deckungskapital entnommen werden. Wurde der Prozentsatz Null gewählt, so ist kein Mindesttodesfallverrentungskapital vereinbart. In diesem Fall erfolgt bei Tod der versicherten Person vor dem vertraglich vereinbarten Abruftermin – bei Einschluss einer Verfügungsphase vor dem spätestmöglichen Abruftermin – eine Leistung in Höhe des Vertragsguthabens zuzüglich des anteiligen Schlussüberschusses.

Sie haben die Möglichkeit, einen Wechsel von Basisschutz in Premienschutz zu beantragen. Bei einem Wechsel des Todesfallmodells behalten wir uns das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung und der Berücksichtigung des aktuellen Risikos in den zukünftigen Risikobeiträgen vor. Durch die Änderung des Todesfallmodells können sich die Ihnen genannten garantierten Versicherungsleistungen ändern. Die geänderten Werte teilen wir Ihnen dann im Versicherungsschein mit.

Beim Modell Premienschutz, können Sie eine Änderung des Prozentsatzes des Mindesttodesfallverrentungskapitals beantragen. Eine Absenkung des Mindesttodesfallverrentungskapitals kann jedoch abgelehnt werden, insbesondere wenn sie mit der Umstellung auf eine neue Sterbetafel oder einen neuen Rechnungszins verbunden wäre oder gesetzlichen Rahmenbedingungen entgegenstehen würde.

Bei einer Anhebung des Mindesttodesfallverrentungskapitals behalten wir uns das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung und der Berücksichtigung des aktuellen Risikos in den zukünftigen Risikobeiträgen vor.

Durch die Änderung des Mindesttodesfallverrentungskapitals können sich die Ihnen genannten garantierten Versicherungsleistungen ändern. Die geänderten Werte teilen wir Ihnen dann im Versicherungsschein mit.

(9) Sofern eine Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von maximal x Jahren vereinbart ist, ist bei Tod der versicherten Person in der Rentenzahlungszeit eine lebenslange Hinterbliebenenleistung vorgesehen. Ausgangspunkt für deren Berechnung ist die vereinbarte maximale Dauer der Rentenzahlung an die versicherte Person. Die Höhe der Hinterbliebenenleistung errechnet sich nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus dem zum Todeszeitpunkt der versicherten Person vorhandenen Vertragsguthaben. Dieses Vertragsguthaben wird aus der Differenz zwischen der vereinbarten maximalen Dauer der Rentenzahlung an die versicherte Person und dem Zeitraum bestimmt, den die versicherte Person vor Ablauf dieser maximalen Dauer verstorben ist. Stirbt die versicherte Person nach deren Ablauf, wird keine Leistung aus dem Vertrag mehr fällig und die Versicherung erlischt. Die Hinterbliebenenleistung zahlen wir an die bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 20 Absatz 2). **Sind solche Hinterbliebenen nicht (mehr) vorhanden, endet die Rentenleistung. Bei einer anfänglichen Rente von monatlich weniger als 25 EUR werden jeweils 12 Monatsrenten zu einer Auszahlung zusammengefasst. Ergibt sich eine jährliche Rente, die 12 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt, erfolgt die Auszahlung des gesamten Kapitals und die Auflösung des Vertrages.**

Die Hinterbliebenenleistung kann auch als einmalige Kapitalleistung ausgezahlt werden, sofern das Kapitalwahlrecht vom bezugsberechtigten Hinterbliebenen nach dem Tod der versicherten Person, jedoch vor dem Zeitpunkt der ersten Rentenzahlung an den Hinterbliebenen, ausgeübt wird. Sind im Falle des Todes der versicherten Person nach Rentenzahlungsbeginn keine bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 20 Absatz 2) vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt maximal 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Vertragsguthaben kommt den übrigen Personen derselben Bestandsgruppe zugute. Ist das Vertragsguthaben niedriger als 8.000 EUR, wird das Vertragsguthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person ausgezahlt, die die versicherte Person schriftlich als Empfänger benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

Sie können vor Rentenzahlungsbeginn eine Änderung der für die Rentenzahlungszeit vereinbarten Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von x Jahren beantragen. Alternativ können Sie für den Fall des Todes auch eine Hinterbliebenenleistung aus der Rentenzahlungszeit beantragen, sofern diese zum Zeitpunkt des Übergangs in den Rentenbezug zur Verfügung steht. Hinterbliebenenleistung aus der Rentenzahlungszeit bedeutet in diesem Fall die Zahlung des bei Rentenzahlungsbeginn für die Verrentung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals abzüglich bereits gezahlter Renten (ohne Renten aus der Überschussbeteiligung während der Rentenzahlungszeit). Der Antrag kann frühestens fünf Monate vor dem Abruf der Leistung gestellt werden. Änderungen der Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von x Jahren bzw. der Einschluss einer Hinterbliebenenleistung aus der Rentenzahlungszeit haben Auswirkungen auf die Ihnen genannte garantierte Rente. Hierüber werden wir Sie gesondert unterrichten.

(10) Die Versicherungsleistungen erbringen wir grundsätzlich in Geld.

(11) Auf Wunsch kann die auf das Fonds-Deckungskapital entfallende Versicherungsleistung im Falle der Kapitalauszahlung in Fondsanteilen erbracht werden. In diesem Fall ist uns bis zu zwei Wochen vor Abruf bzw. im Todesfall mit der Meldung des Todesfalls eine entsprechende Mitteilung zukommen zu lassen, dass von diesem Wahlrecht Gebrauch gemacht wird und die Übertragung der Fondsanteile gewünscht ist. Ihre Mitteilung soll Name und Anschrift der Bank, Depotinhaber und Depotnummer enthalten, auf das die Fondsanteile übertragen werden sollen. Die Fondsanteile werden spätestens vier Wochen nach Beendigung der Versicherung bzw. im Todesfall nach Anerkennung unserer Leistungspflicht sowie Vorliegen der oben beschriebenen Depotangaben übertragen. Geht kein entsprechender Antrag ein, erbringen wir unsere Leistung vollständig in Geld.

(12) Bei Rentenzahlungsbeginn, Kapitalauszahlung oder Kündigung legen wir der Ermittlung des Euro-Wertes des Vertragsguthabens den Bewertungsstichtag am Ende des letzten Versicherungsmonats zugrunde. Mit dem Euro-Wert dieses Stichtages werden die Fondsanteile veräußert. Die Geldzahlung ist 14 Tage nach Beendigung der Versicherung fällig. Endet die Versicherung durch Tod der versicherten Person, wird der Bewertungsstichtag herangezogen, der der Meldung des Todesfalls unmittelbar vorangegangen ist (vgl. Absatz 14).

(13) Einen Wert des Vertragsguthabens bis zur Höhe von 1.000 EUR erbringen wir grundsätzlich als Geldleistung. Den Wert der Fondsanteile ermitteln wir zu dem in Absatz 14 genannten Stichtag.

(14) Als Bewertungsstichtage gelten zurzeit die Börsentage, die dem 1. und dem 15. Tag eines Monats vorausgehen.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Überschussermittlung

(1) Um die zugesagten Versicherungsleistungen sicherzustellen, sind die vereinbarten Beiträge zur Fondsgebundenen Versicherung vorsichtig kalkuliert.

Vor Abruf der Rentenzahlung bzw. der Kapitalauszahlung entstehen neben der Werterhöhung der Fondsanteile und der Bildung neuer Fondsanteile nach § 3 Absatz 3 Überschüsse, wenn sich der Verlauf der Sterblichkeit und der Kosten günstiger gestalten, als wir bei der Beitragskalkulation angenommen haben.

Falls eine garantierte Leistung im Erlebensfall vereinbart wurde (vgl. § 2 Absatz 5), bilden wir hierfür Rückstellungen. Nach Rentenzahlungsbeginn bilden wir ebenfalls Rückstellungen, um die in der Rentenzahlungszeit anfallenden Leistungen zu gewährleisten. Die zur Deckung der Rückstellung erforderlichen Mittel werden angelegt und erbringen Kapitalerträge. Aus diesen Kapitalerträgen werden die zugesagten Versicherungsleistungen erbracht sowie die Kosten für die Verwaltung des Vertrages gedeckt. Je größer die Erträge aus den Kapitalanlagen sind und je kostengünstiger wir arbeiten, umso größer sind dann entstehende Überschüsse, an denen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) beteiligen. Umgekehrt kann z. B. eine ungünstige Entwicklung des Kapitalmarktes oder eine steigende Lebenserwartung durch eine dann zu bildende Rückstellung auch zu einer Reduzierung der Überschüsse führen.

Die Überschussermittlung erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und des Handelsgesetzbuchs (HGB) und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

Beteiligung an den Überschüssen

(2) Die Beteiligung am Überschuss nehmen wir nach Grundsätzen vor, die § 81c des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der dazu erlassenen Rechtsverordnung entsprechen und deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Finanz- und Rechtsaufsicht überwacht. Den bei günstiger Entwicklung der Sterblichkeit und der Kosten auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschuss ordnen wir einzelnen Bestandsgruppen zu und stellen ihn in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ein. Teile des Überschusses können den Verträgen auch direkt gutgeschrieben werden. Von den Kapitalerträgen kommt den Versicherungsnehmern als Überschussbeteiligung mindestens der in der Rechtsverordnung zu § 81c VAG jeweils festgelegte Anteil zugute, abzüglich der Beträge, die für die zugesagten Versicherungsleistungen benötigt werden. Bei sehr ungünstigem Risikoverlauf bzw. einem eventuellen Solvabilitätsbedarf kann dieser Anteil unterschritten werden (Rechtsverordnung zu § 81c VAG). Bei günstiger Entwicklung von Risiko und Kosten können aber auch weitere Überschüsse hinzukommen. Den so ermittelten Überschuss für die Versicherungsnehmer ordnen wir den einzelnen Bestandsgruppen zu und stellen ihn – soweit er den Verträgen nicht direkt gutgeschrieben wird – in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ein. Bei Rentenzahlungsbeginn und während der Dauer der Rentenzahlungszeit werden Mittel in der RfB für eine lebenslang zahlbare Rente reserviert, deren Höhe jedoch nicht garantiert ist. Die Höhe der hieraus gezahlten Renten ist jeweils nur für ein Versicherungsjahr zugesagt.

Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines

drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen (§ 56a VAG). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Sofern Sie eine garantierte einmalige Erlebensfallleistung zum Abruftermin vereinbart haben, erhalten Sie zusätzlich eine Beteiligung an den Bewertungsreserven. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über den 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. An den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie gemäß § 153 Absatz 3 VVG unmittelbar.

(3) Wir haben gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Vor Abruf der Rentenzahlung bzw. der Kapitalauszahlung gehört Ihre Versicherung zum Gewinnverband 112 in der Bestandsgruppe 31. Jede einzelne Versicherung innerhalb dieses Gewinnverbandes erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe. Die Höhe dieser Anteile wird von unserem Vorstand auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der RfB entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren, insbesondere etwa im ersten Versicherungsjahr, kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

Laufende Überschussbeteiligung

(4) Die einzelnen Versicherungen erhalten eine laufende Überschussbeteiligung in Form eines

▪ Grundüberschussanteils vor Rentenzahlungsbeginn

Bezugsgröße ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigtes Garantie-Deckungskapital (vgl. § 1 Absatz 4). Es berechnet sich monatlich aus dem am Ende des Vormonats vorhandenen Garantie-Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um einen Monat abgezinst wird. Der Grundüberschussanteil wird monatlich gutgeschrieben.

▪ Beitragsüberschussanteils vor Rentenzahlungsbeginn

Bezugsgröße für den Beitragsüberschussanteil ist der mit dem Kunden vereinbarte Bruttobeitrag. Der Beitragsüberschussanteil wird jeweils zum Beitragszahlungstermin gutgeschrieben.

▪ Zusatzüberschussanteils vor Rentenzahlungsbeginn

Bezugsgröße für den Zusatzüberschussanteil ist der Risikobeitrag des laufenden Monats. Der Zusatzüberschuss wird monatlich gutgeschrieben.

▪ Grundüberschussanteils nach Rentenzahlungsbeginn

Je nach vereinbarter Überschussverwendungsform erhalten die einzelnen Versicherungen jährlich eine laufende Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente (vgl. Abs. 7).

Schlussüberschussbeteiligung

(5) Es ist ein Schlussüberschuss nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen vorgesehen. In allen Fällen wird der Schlussüberschuss jährlich neu festgesetzt und jeweils für ein Kalenderjahr garantiert.

Der Fonds-Schlussüberschuss wird in Fondsanteilen des oder der von Ihnen gewählten Fonds geführt. Die Erhöhung des Fonds-Schlussüberschusses bemisst sich monatlich in Prozent des Vertragsguthabens. Der bei Vereinbarung einer garantierten Leistung im Erlebensfall zusätzlich vorgesehene Schlussüberschuss (Garantie-Schlussüberschuss) wird mit der gleichen Verzinsung wie das Garantie-Deckungskapital fortentwickelt. Die Erhöhung des Garantie-Schlussüberschusses berechnet sich monatlich in Prozent des Garantie-Deckungskapitals.

Vor Rentenzahlungsbeginn:

Im Kündigungsfall oder bei Tod der versicherten Person wird der Schlussüberschuss anteilig in Abhängigkeit von der abgelaufenen Aufschubzeit festgesetzt.

Bei Wahl der Kapitalauszahlung vor Rentenzahlungsbeginn wird der Schlussüberschuss zusammen mit dieser ausgezahlt.

Nach Rentenzahlungsbeginn:

Die Schlussüberschussbeteiligung wird nach Maßgabe folgender Regelungen zur Erhöhung der Rente verwendet. Zu Beginn der Rentenzahlung werden zwei Werte ermittelt. Der erste Wert ergibt sich aus der Anwendung des garantierten Rentenfaktors, wie in § 2 beschrieben, auf das zum Rentenbeginn vorhandene Vertragsguthaben zuzüglich der Beteiligung an den Bewertungsreserven. Der zweite Wert ergibt sich aus der Anwendung der zum Zeitpunkt des Rentenbeginns im Rentenneugeschäft des Unternehmens angewendeten Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins und Sterbetafel) auf das zum Rentenbeginn vorhandene Vertragsguthaben zuzüglich der Beteiligung an den Bewertungsreserven und der für diesen Zeitpunkt deklarierten Schlussüberschussbeteiligung. Der höhere Wert kommt als Rente zur Auszahlung. Soweit in dem höheren Betrag ein Rentenanteil aus Schlussüberschussbeteiligung enthalten ist, wird dieser Rentenanteil nur jeweils für ein Jahr zugesagt. Der Rentenanteil aus der Schlussüberschussbeteiligung kann für die Folgejahre nach den Maßgaben von § 56a VAG gekürzt werden. In diesem Fall kann der Rentenanteil aus der Schlussüberschussbeteiligung ganz oder teilweise entfallen. Eine Kürzung der ausgezahlten Rente unter den Betrag, der sich bei Anwendung des garantierten Rentenfaktors, wie in § 2 beschrieben, auf das zum Rentenbeginn vorhandene Vertragsguthaben zuzüglich der Beteiligung an den Bewertungsreserven ergibt, ist dabei nicht möglich.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

Dazu wird zum einen am Ende eines Kalenderjahres im Rahmen der Festlegung der Überschussbeteiligung für die im Folgejahr durch Ablauf oder Tod endenden Verträge die Höhe eines Teils der fällig werdenden Bewertungsreserven nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt und den Verträgen als Schlusszahlung rechnerisch zugeordnet (deklarierte Beteiligung an den Bewertungsreserven). Die deklarierte Beteiligung an den Bewertungsreserven bemisst sich in Prozent des Garantie-Deckungskapitals. Bei Beendigung durch Rückkauf wird hiervon ein anteiliger Betrag in Abhängigkeit von der ausstehenden Restdauer der Ansparphase rechnerisch zugeordnet.

Zum anderen werden im Zusammenhang mit der Beendigung des Vertrages die insgesamt vorhandenen Bewertungsreserven ermittelt. Anschließend werden diese nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig Ihrem Vertrag zugeordnet. Der für diese Ermittlung maßgebliche Stichtag wird jährlich für das Folgejahr festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Er liegt nicht länger als drei Monate vor Beendigung des Vertrages.

Sie erhalten als Schlusszahlung zur Beteiligung an den Bewertungsreserven den gesetzlich vorgesehenen Anteil von 50 % des im Zusammenhang mit der Beendigung ermittelten Betrages. Mindestens erhalten Sie aber die deklarierte Beteiligung an den Bewertungsreserven. Neben Tod und Rückkauf vor dem Renten-

zahlungsbeginn sowie Ablauf ist der Übergang in den Rentenbezug maßgeblicher Zeitpunkt für die Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Die Schlusszahlung wird zur Erhöhung der Rente verwendet, Die zusätzliche Rente wird durch Anwendung des in § 2 Abs. 6 und 7 beschriebenen Rentenfaktors ermittelt.

Darüber hinaus beteiligen wir Sie während der Rentenzahlungszeit gemäß § 153 Abs. 3 VVG nach einem verursachungsorientierten Verfahren an den Bewertungsreserven.

Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

Überschussverwendung

(6) Die laufenden Überschussanteile werden vor Abruf der Versicherungsleistung jeweils anteilig in Fondsanteilen der von Ihnen gewählten Fonds umgewandelt und Ihrer Fondsgebundenen Versicherung gutgeschrieben.

(7) Für die Rentenzahlungszeit vereinbaren Sie mit uns eine der nachfolgenden Überschussverwendungsformen:

Bonus-PLUS-Rente

Bei der Bonus-PLUS-Rente wird ein Teil der zugeteilten Überschüsse dazu verwendet, zusätzlich zur garantierten Rente eine möglichst gleichbleibende Zusatzrente aus Überschuss zu bilden. Der verbleibende Teil der zugeteilten Überschüsse wird zur Erhöhung der Gesamtrente verwendet. Eine Erhöhung der Gesamtrente erfolgt frühestens im zweiten Rentenzahlungsjahr. Verringert oder erhöht sich die der Berechnung der Gesamtrente zugrunde gelegte Überschussbeteiligung, so wird dies zuerst Auswirkungen auf die jährliche Erhöhung haben; unter Umständen kann diese auch ganz ausbleiben. Ist eine stärkere Senkung der Überschussbeteiligung erforderlich, kann es vorkommen, dass auch die Höhe der Gesamtrente betroffen ist und diese sinkt.

Bonusrente

Bei der Bonusrente werden die zugeteilten Überschüsse zur Erhöhung der Rente verwendet. Eine Erhöhung der Rente erfolgt frühestens im zweiten Rentenzahlungsjahr. Verringert oder erhöht sich die der Berechnung der Rente zugrunde gelegte Überschussbeteiligung, so hat dies Auswirkungen auf die jährliche Erhöhung der Rente; sofern keine Überschüsse zugewiesen werden, erfolgt auch keine Rentenerhöhung.

Garantie-PLUS-Rente

Bei der Garantie-PLUS-Rente werden die zugeteilten Überschüsse dazu verwendet, zusätzlich zur garantierten Rente eine möglichst gleichbleibende Zusatzrente aus Überschuss zu bilden. Verringert oder erhöht sich aber die der Berechnung zugrunde liegende Überschussbeteiligung, so ändert sich demgemäß auch die Höhe der Rente aus Überschuss.

Für alle Überschussverwendungsformen während der Rentenzahlungszeit gilt:

Für den Teil der Rente, für den Mittel in der RfB reserviert wurden (vgl. Absatz 2), wird die Rentenhöhe jeweils nur für ein Versicherungsjahr zugesagt.

Wahl der Überschussverwendungsform

Die für die Rentenzahlungszeit vereinbarte Überschussverwendungsform können Sie durch formlose Erklärung bis vier Wochen vor Rentenzahlungsbeginn, frühestens fünf Monate vor Rentenbezug, auf eine andere von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene Überschussverwendungsform umstellen. Wir werden Sie zu gegebener Zeit informieren.

Ergänzender Hinweis

(8) Steigt die Lebenserwartung in Deutschland stärker an als in den verwendeten Rechnungsgrundlagen angenommen, resultieren daraus längere durchschnittliche Rentenzahlungszeiten. Das bedeutet, dass die vorhandenen Rückstellungen zur Sicherung der Rente um Mittel für die zusätzlichen Rentenzahlungen ergänzt werden müssen. Dazu können Überschussanteile, die dem Vertrag nicht verbindlich gutgeschrieben wurden (zukünftig erwirtschaftete laufende Überschussanteile und Schlussüberschussanteile), zur Bildung dieser zusätzlich erforderlichen Reserven genutzt werden.

Dies gilt dann, wenn

- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat, und
- die Reduzierung angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten.

Garantierte Renten bleiben davon unberührt.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) 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. § 10 Absatz 2 und 4 sowie § 11).

(2) Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Absatz 1 nicht berührt.

§ 5 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

(1) Wir führen Ihre Beiträge, soweit sie nicht zur Deckung von Kosten und zur Sicherstellung einer garantierten Leistung im Erlebensfall bestimmt sind, dem Anlagestock (vgl. § 1 Absatz 1) zu und rechnen sie in Fondsanteile der von Ihnen gewählten Fonds um. Als Bewertungsstichtag gilt zurzeit der Börsentag, der dem 1. eines Monats vorangeht.

Haben Sie sich entschieden, dass die zur Anlage bestimmten Teile der Beiträge (Anlagebeiträge) in mehreren Fonds angelegt werden sollen, erfolgt die Aufteilung der Anlagebeiträge in dem vereinbarten Verhältnis (Beitragsplitting). In Ihrem Vertrag können Sie gleichzeitig bis zu 10 Fonds halten bzw. besparen. Die Verwaltungskosten und die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten Beiträge werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und monatlich dem Fonds-Deckungskapital entnommen.

Dies kann bei ungünstiger Entwicklung der Werte der Fondsanteile dazu führen, dass das Fonds-Deckungskapital vor Beginn der Rentenzahlung aufgebraucht ist. In diesem Fall werden die Verwaltungskosten und die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten Risikobeiträge dem Garantie-Deckungskapital entnommen. Die Versicherung erlischt damit. Ein ggf. vorhandenes Garantie-Deckungskapital zahlen wir Ihnen ohne Abschlag aus. Wir werden Sie jedoch rechtzeitig darauf hinweisen.

Setzt sich Ihr Fonds-Deckungskapital aus Fondsanteilen mehrerer Fonds zusammen, so entnehmen wir die Verwaltungskosten, die Risikobeiträge, die Kosten für eingeschlossene Garantiefonds-konzept (z. B. DWS Flex Pension) und ggf. die Gebühren (vgl. § 24) anteilig.

(2) Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des Fonds. Die Anzahl der jeweils zu erwerbenden

Fondsanteile ergibt sich durch die Teilung des anzulegenden Beitrags durch den jeweiligen Rücknahmepreis der Fondsanteile der gewählten Fonds. Ein Ausgabeaufschlag wird nicht erhoben. Bei Fremdwährungsfonds (z. B. US-\$) ergibt sich der Rücknahmepreis, indem der Rücknahmepreis in Euro umgerechnet wird.

(3) Die Erträge, die aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten erzielt werden, fließen bei thesaurierenden Fonds unmittelbar dem Fonds zu und erhöhen damit den Wert des jeweiligen Fondsanteils. Bei ausschüttenden Fonds erwerben wir mit den ausgeschütteten Erträgen Anteile des gleichen Fonds, die wir unverzüglich im Verhältnis des zum Ausschüttungszeitpunkt vorhandenen Fonds-Deckungskapitals Ihrem Versicherungsvertrag anteilig gutschreiben.

§ 6 Was geschieht, wenn Fonds nicht mehr zur Verfügung stehen?

Ausschließlich in den Fällen, in denen ein von Ihnen gewählter Fonds nicht mehr zur Verfügung steht, weil

- die Kapitalanlagegesellschaft den Fonds schließt oder
 - die Laufzeit eines in Ihrem Vertrag vereinbarten Fonds mit festem Laufzeitende abgelaufen ist,
- werden wir den Fonds aus der Fondspalette herausnehmen. In diesem Falle werden wir das vorhandene Fonds-Deckungskapital umschichten und die künftige Beitragsanlage (in Fonds) sowie die Anlage der Überschüsse vor Abruf der Versicherungsleistung (vgl. § 3 Abs. 6) ändern.

Wir werden Sie rechtzeitig darüber informieren, welche Fonds für die Umschichtung des vorhandenen Fonds-Deckungskapitals und die Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) zur Verfügung stehen. Bis zur Mitteilung Ihrer diesbezüglichen Entscheidung werden wir die Erträge aus der Veräußerung der Fondsanteile und den auf nicht mehr zur Verfügung stehende Fonds entfallenden Anlagebeitrag in einen Rentenfonds (zurzeit DWS Euroland Strategie (Renten)) einbringen. Die Umschichtung des vorhandenen Fonds-Deckungskapitals und die Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) zum DWS Euroland Strategie (Renten) oder zu diesbezüglich von uns zur Auswahl gestellten Fonds führen wir kostenfrei durch.

Sie haben 6 Wochen nach Erhalt unserer Informationen zur Umschichtung Zeit, uns den Auftrag für die Änderung und Umschichtung zukommen zu lassen. Geht uns innerhalb dieses Zeitraumes kein solcher Auftrag zu, bringen wir den Anlagebeitrag weiterhin in den Rentenfonds ein.

§ 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 innerhalb der Bundesrepublik Deutschland 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 (vgl. § 12). 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. Ausgenommen hiervon ist das Ableben

der versicherten Person im Ausland anlässlich eines von ihr geleisteten Wehr- oder Polizeidienstes oder anlässlich ihrer Tätigkeit als Zeit- oder Berufssoldat. In diesem Fall bleibt es bei der Einschränkung unserer Leistungspflicht.

(3) Bei Ableben der versicherten Person 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 beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (vgl. § 12), 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 bestätigt wird.

§ 8 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person 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 eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung nur bis zur Höhe des für den Bewertungstichtag (vgl. § 2 Absatz 12) berechneten Rückkaufswertes (vgl. § 12 Absatz 2). Etwaige Beitragsrückstände werden wir vom Rückkaufswert abziehen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei einer unserer Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Absatz 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

§ 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

(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. Absatz 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.

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den vollen Rückkaufswert (§ 12 Absatz 2). Die Regelung des § 12 Absatz 2 Satz 6 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. Im Falle unverschuldeter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht zur Kündigung.

(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 (vgl. § 12 Absatz 5 bis 8).

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. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Im Falle unverschuldeter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht den Vertrag anzupassen.

(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 Kenntnis-erlangung angeben.

(12) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von drei 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 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 Annahmehandlung 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. Absatz 5 gilt entsprechend. Im Falle einer Anfechtung sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

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 Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(16) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, 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.

§ 10 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie durch laufende Beiträge in Euro für jede Versicherungsperiode entrichten. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein.

Sie können eine Änderung der Beitragszahlungsweise beantragen. Der Umstellungstermin hängt von der bisherigen bzw. zukünftigen Zahlungsweise ab. Die Versicherungsperiode ändert sich dementsprechend. Durch eine Änderung der Beitragszahlungsweise können sich die Ihnen genannten garantierten Versicherungsleistungen ändern. Die geänderten Werte teilen wir Ihnen dann im Versicherungsschein mit.

(2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(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

im Versicherungsschein 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.

(4) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

(6) Sie haben bis zum Rentenzahlungsbeginn oder bis zur vollständigen Auszahlung das Recht, freiwillige Zuzahlungen zu jedem Monatsersten zu leisten. Dabei gelten die folgenden Voraussetzungen:

- die Zuzahlung beträgt mindestens 200 Euro,
- die Summe der geleisteten Zuzahlungen dürfen zusammen mit den für dieses Kalenderjahr vereinbarten Beiträgen den jährlichen Förderhöchstbetrag des § 3 Nr. 63 EStG nicht übersteigen.

Darüber hinaus können Sie beantragen, Zuzahlungen in Form von ungeforderten Eigenbeiträgen zu leisten. Bei ungeforderten Eigenbeiträgen darf die Summe der Zuzahlungen pro Kalenderjahr 2.500 EUR nicht überschreiten. Davon abweichend sind Zuzahlungen von bis zu 5.000 EUR pro Kalenderjahr möglich, wenn nach der Zuzahlung noch mindestens fünf Jahre bis zum frühesten Abruftermin verbleiben.

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich aus dem am Zuzahlungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmebedingungen unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Zuzahlung für diese dann geltenden Rechnungsgrundlagen.

Bei Verträgen mit Premiumschutz, bei denen der Prozentsatz des Mindesttodesfallschutzes mehr als 100 % beträgt, behalten wir uns das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung mit Berücksichtigung des aktuellen Risikos in den zukünftigen Risikobeiträgen vor.

Bei einer Zuzahlung fallen Abschluss- und Vertriebskosten an. Das Verhältnis zwischen Zuzahlung und Abschluss- und Vertriebskosten für die Zuzahlung entspricht dabei dem Verhältnis zwischen Beitragssumme und Abschluss- und Vertriebskosten, wie sie Ihnen vor Vertragsabschluss mitgeteilt worden sind. Sie werden einmalig mit der eingehenden Zuzahlung verrechnet. Im Übrigen gilt für die Verwendung der Zuzahlung § 5.

(7) Laufende Einmalbeiträge

Bei vereinbarten laufenden Einmalbeiträgen gilt abweichend von Absatz 6 bei laufenden Einmalbeiträgen im Hinblick auf die Zulassung von und die Erhöhung der Versicherungssumme bei Zuzahlungen Folgendes:

Die Erhöhung der Versicherungssumme errechnet sich aus dem am Zuzahlungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter, der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmebedingungen und Rechnungsgrundlagen, sofern die Zuzahlung innerhalb eines Korridors von +/- 20 vom Hundert des Einmalbeitrags liegt.

Sollte an mehr als zwei aufeinanderfolgenden Jahren keine Zuzahlung geleistet worden sein oder sollten geleistete Zuzah-

lungen außerhalb des Korridors liegen, sind nachfolgende Zuzahlungen nur mit Zustimmung des Versicherers möglich. Für Zuzahlungen außerhalb des Korridors gelten die Regelungen des Absatzes 6.

(8) Bei Fondsgebundenen Versicherungen mit laufender Beitragszahlung können Sie auch eine Erhöhung der zu zahlenden Beiträge beantragen.

Die Erhöhung innerhalb des bestehenden Vertrages kann jedoch abgelehnt werden, wenn sie mit der Umstellung auf neue Rechnungsgrundlagen verbunden wäre oder gesetzlichen Rahmenbedingungen entgegenstehen würde. Ist die gewünschte Erhöhung innerhalb Ihres bestehenden Vertrages nicht möglich, können Sie alternativ den Abschluss eines zusätzlichen Vertrages beantragen.

Ist eine Todesfallsumme vereinbart, behalten wir uns das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung und der Berücksichtigung des aktuellen Risikos in den zukünftigen Risikobeiträgen vor.

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

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir – solange die Zahlung nicht erfolgt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ggf. erforderlichen ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr, die unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht, beläuft sich auf 10 Prozent der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

(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

(3) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Sind Sie nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, so haben Sie für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, keinen Versicherungsschutz, wenn wir Sie in der Mahnung auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Wenn Sie mit einem Folgebeitrag nach Ablauf der Ihnen gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen im Verzug sind, können wir den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung können wir bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist aussprechen. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn

- wir Sie in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen haben und
- Sie bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug sind.

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn Sie

- die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder,

- falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholen.

Jedoch besteht kein Versicherungsschutz für einen zwischenzeitlich eingetretenen Versicherungsfall.

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

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

(1) Sie können Ihre Versicherung – bei Wahl der Rentenzahlung jedoch nur vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn – jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode schriftlich kündigen.

(2) Wir erstatten nach § 169 VVG den Rückkaufswert. Der Rückkaufswert ist der nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Kündigungstermin berechnete Zeitwert der Versicherung. Der Zeitwert ergibt sich als Marktwert der Fondsanteile zum Zeitpunkt der Kündigung. Soweit Sie für den Erlebensfall eine garantierte Leistung (Beitragsgarantie oder Maximalgarantie) vereinbart haben, entspricht der Rückkaufswert dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital für diese Leistung.

Bei Versicherungen gegen laufenden Beitrag erstatten wir mindestens jedoch den Zeitwert bzw. den Betrag des Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten des laufenden Beitrags auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag erstatten wir den Zeitwert des Deckungskapitals, der sich bei sofortiger Entnahme der Abschluss- und Vertriebskosten aus dem Betrag ergibt. Ein Abzug von diesem Betrag wird nicht erhoben. Durch Zuzahlungen erhöht sich der Rückkaufswert um den Zeitwert des Deckungskapitals, der sich bei sofortiger Entnahme der Abschluss- und Vertriebskosten aus der Zuzahlung ergibt.

Die Erstattung des Rückkaufswertes kann nur erfolgen, sofern die Regelungen zur gesetzlichen Unverfallbarkeit (vgl. §§ 1b und 2 Betriebsrentengesetz) dem nicht entgegenstehen. Wird der versicherten Person die Versicherungsnehmerstellung übertragen, nachdem sie aus den Diensten des Arbeitgebers mit einer unverfallbaren Anwartschaft im Sinne des Betriebsrentengesetzes ausgeschieden ist, darf sie gem. § 2 Absatz 2 Satz 5 und 6 Betriebsrentengesetz aufgrund einer Kündigung des Versicherungsvertrages den Rückkaufswert in Höhe des durch Beitragszahlungen des Arbeitgebers oder aufgrund von Entgeltumwandlungen gebildeten Zeitwerts nicht in Anspruch nehmen; im Falle einer Kündigung wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt. § 12 Absatz 5 gilt entsprechend. § 169 Absatz 1 VVG findet insoweit keine Anwendung.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 17) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgesetzt. Beträge unter 10 EUR werden aus Kostengründen nicht ausgezahlt.

(3) Den Rückkaufswert erbringen wir grundsätzlich in Geld. Abweichend hiervon können Sie jedoch die Leistung aus dem Fonds-Deckungskapital in Wertpapieren verlangen. In diesem Fall lassen Sie uns bitte gleichzeitig mit Ihrer Kündigung eine entsprechende Mitteilung zukommen, dass Sie von Ihrem Wahlrecht Gebrauch machen und die Übertragung des Fonds-Deckungskapitals in Wertpapieren wünschen. Geht uns kein entsprechender Antrag rechtzeitig ein, leisten wir den Rückkaufswert vollständig in Geld.

Übertragungswert (Portabilität)

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht, soweit die Übertragung des Übertragungswertes nach § 4 Absatz 2 Nr. 2 bzw. Absatz 3 Betriebsrentengesetz verlangt wird. **In diesem Fall wird die Versicherung beendet.** Der Übertragungswert ist der nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelte Zeitwert; er entspricht dem gebildeten Deckungskapital im Zeitpunkt der Übertragung.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(5) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zum dort genannten Termin schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Bei der Beitragsfreistellung wird kein Abzug erhoben.

Im Falle einer vollständigen Beitragsfreistellung wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik das Mindesttodesfallverrentungskapital und – falls eine garantierte Leistung im Erlebensfall vereinbart wurde – die garantierte Erlebensfallsumme sowie die lebenslange garantierte monatliche Rente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herabgesetzt. Bei einer vollständigen oder teilweisen Beitragsfreistellung wird kein Abzug erhoben. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 17) nur geringe Beträge 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 können Sie Ihrem Persönlichen Vorschlag entnehmen.

(6) **Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und liegt der aktuelle Rückkaufswert Ihrer Versicherung unter 500 EUR, so erhalten Sie den Rückkaufswert (vgl. Absatz 2) und die Versicherung erlischt.**

(7) **Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn der verbleibende Beitrag mindestens 120 EUR jährlich beträgt. Ist dies nicht der Fall, so erhalten Sie den Rückkaufswert (vgl. Absatz 2), und die Versicherung erlischt.**

Die Erstattung des Rückkaufswertes kann nur erfolgen, sofern die Regelungen zur gesetzlichen Unverfallbarkeit (vgl. §§ 1b und 2 Betriebsrentengesetz) dem nicht entgegenstehen.

(8) Die zur Deckung des Todesfallrisikos und der Verwaltungskosten bestimmten Beiträge entnehmen wir dem Fonds-

Deckungskapital. Dies kann – bei ungünstiger Entwicklung der Werte der Fondsanteile – dazu führen, dass das Fonds-Deckungskapital vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer aufgebraucht ist. In diesem Fall werden die Verwaltungskosten und die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten Risikobeiträge dem Garantie-Deckungskapital entnommen. Die Versicherung erlischt. Ein ggf. vorhandenes Garantie-Deckungskapital zahlen wir Ihnen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten ohne Abschlag aus. Wir werden Sie jedoch rechtzeitig darauf hinweisen.

Beitragsrückzahlung

(9) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Wiederinkraftsetzung

(10) Ist der Vertrag gekündigt oder beitragsfrei gestellt, haben Sie unter folgenden Voraussetzungen ein Recht auf Wiederinkraftsetzung des Vertrages unter Zugrundelegung der bisherigen Rechnungsgrundlagen:

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind vollständig gezahlt.
- Das Recht wird innerhalb von 24 Monaten nach Wirksamwerden der Beitragsfreistellung uns gegenüber uns geltend gemacht. Ist bei Ihrem Vertrag ein Premiumschutz mit einem Faktor größer als 100 (vgl. § 2 Abs. 8) oder eine Berufs-/ Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen und wird das Recht auf Wiederinkraftsetzung nach 6 Monaten uns gegenüber geltend gemacht, behalten wir uns das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung vor.
- Das Recht auf Wiederinkraftsetzung wird innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung uns gegenüber geltend gemacht. Ein ggf. von uns erstatteter Rückkaufswert ist uns innerhalb eines Monats, nach dem Sie unsere Mitteilung über die Höhe der ausstehenden Beiträge erhalten haben, zurückerzahlen.

Wir werden die Versicherungsleistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik nur dann herabsetzen, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Mitteilung die ausstehenden Beiträge nachzahlen.

(11) Wurde wegen einer Elternzeit eine Reduzierung des Beitrags oder eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung vorgenommen, kann die versicherte Person innerhalb von 3 Monaten nach Ablauf der Elternzeit und Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit verlangen, dass der Versicherungsvertrag ohne Gesundheitsprüfung zu den vor der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt wird. Das Verlangen kann durch formlose Erklärung, die uns innerhalb der in Satz 1 genannten 3 Monate zugehen muss, gestellt werden.

§ 13 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Fondsgebundene Rentenversicherung in eine konventionelle Rentenversicherung umwandeln?

(1) Sie können Ihre Fondsgebundene Versicherung durch schriftliche Erklärung mit Frist von einem Monat zum Schluss einer jeden Versicherungsperiode in eine von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene konventionelle Rentenversicherung umwandeln, frühestens jedoch zum Ende des ersten Versicherungsjahres. Bitte berücksichtigen Sie dabei die in der Verbraucherinformation enthaltenen Steuerhinweise.

(2) Wir behalten uns vor Durchführung der Umwandlung das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung vor.

(3) Bei der Umwandlung bleiben Ihre Beitragszahlungsweise und die Höhe Ihres Beitrags unverändert. Die Versicherungsleistungen berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis des neuen Tarifs. Dabei legen wir das Vertragsguthaben zum Umstellungstermin zugrunde.

§ 14 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Fondsgebundene Versicherung verlängern?

(1) Sie haben das Recht, bis einen Monat vor dem Abruftermin schriftlich zu verlangen, dass die Versicherung bis zum Alter von 85 Jahren beitragsfrei verlängert wird, sofern die versicherte Person den Abruftermin erlebt. Bitte berücksichtigen Sie dabei die in der Verbraucherinformation enthaltenen Steuerhinweise. Bei einer Verlängerung ändern sich die Versicherungsleistungen. Sie werden nach den Bedingungen, die zum Zeitpunkt der Verlängerung im Neugeschäft gelten, neu ermittelt. Die geänderten Versicherungsleistungen teilen wir Ihnen dann mit.

(2) Zusatzversicherungen sind von dieser Verlängerung ausgeschlossen. Sie enden zum ursprünglich vorgesehenen Ablauftermin.

§ 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten ergeben sich aus einer eingeschlossenen Verfügungsphase?

Sie können bei Vertragsabschluss eine Verfügungsphase mit uns vereinbaren. In diesem Falle wird darüber hinaus vereinbart, ob die Versicherung während der Verfügungsphase beitragspflichtig, teilweise beitragspflichtig oder beitragsfrei ist. Die Dauer der Verfügungsphase entspricht der Differenz aus spätestmöglichem und frühestmöglichem Abruftermin.

Während der Dauer der Verfügungsphase haben Sie verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten:

- Sie haben während der Verfügungsphase zu jedem Monatsersten die Möglichkeit, die Versicherungsleistung in voller Höhe abzurufen.
- Im Rahmen der steuerlichen Förderung kann ein teilweiser Abruf einmalig bis zu 30 % des Vertragsguthabens mit anschließender sofortiger Verrentung des verbleibenden Vertragsguthabens erfolgen.
- Soweit die Versicherungsleistung nicht vorzeitig abgerufen worden ist, wird sie zum Ende der Verfügungsphase fällig.
- Die Versicherungsleistung wird in Form einer Rente erbracht. Die Auszahlung kann jedoch, wenn von Ihnen gewünscht, auch in Form einer einmaligen Kapitalauszahlung oder in Fondsanteilen erfolgen.
- Sie haben zudem die Möglichkeit, während der Verfügungsphase zu jedem Monatsersten zu entscheiden, ob Sie den Vertrag unverändert, mit verminderten Beiträgen oder beitragsfrei fortführen wollen.

Die abrufbaren Beträge sind auf die Höhe des Vertragsguthabens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Abrufs begrenzt. Bei Abruf der Leistung werden die garantierten Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik reduziert.

§ 16 Wann und wie können Sie Ihre Fondsanlage ändern?

(1) Ist „individuelle Fondsanlage“ vereinbart, haben Sie bis zum Abruf der Leistung einen Anspruch auf Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals oder Änderung der künftigen Fondsanlage (in Fonds) für die Folgebeiträge nach den folgenden Absätzen.

(2) Bei Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals wird das vorhandene Fonds-Deckungskapital Ihrer Fondsgebundenen Versicherung ganz oder teilweise in einen oder mehrere andere von uns zu diesem Zeitpunkt angebotenen Fonds übertragen. Bewertungsstichtag sowohl für die Wertermittlung des zu übertragenden Fonds-Deckungskapitals als auch für die Bestimmung der Anzahl der Fondsanteile des Fonds, auf den der Wert des Fonds-Deckungskapitals übertragen werden soll, ist der Tag, der der Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals unmittelbar vorausgeht. Eine Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals ist jeweils zum Monatsersten möglich.

(3) Bei Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) bleibt die Höhe des Beitrags und die ursprünglich vereinbarte Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer unverändert. Eine Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) ist jeweils zum nächsten Monatsersten nach Annahme des Antrages möglich und bezieht sich auf alle folgenden Beitragsfälligkeiten. Nach Änderung der Beitragsanlage in Fonds werden auch die erwirtschafteten Überschüsse nach dem von Ihnen gewählten neuen Aufteilungsverhältnis angelegt.

(4) Um eine fristgerechte Ausführung Ihres Auftrages zur Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals oder zur Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) sicherzustellen, muss Ihr Auftrag bei uns spätestens 4 Tage vor dem Bewertungsstichtag eingehen. Bei späterem Auftragseingang sowie im Fall von Marktstörungen (z. B. außerordentliche Preisbewegung oder Ausfall von Referenzkursen) oder besonderen Umständen im Bereich der Fondsgesellschaft oder bei uns (z. B. Systemausfall, Telefonstörung) können wir die Ausführung Ihres Auftrages auf den nächstmöglichen Bewertungsstichtag, zu dem ein geeigneter Preis ermittelt wird, verschieben.

(5) Ein Ausgabeaufschlag für die Änderung der Fondsanlage wird nicht erhoben.

(6) Über die für die Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals zur Verfügung stehenden Fonds informieren wir Sie in der „Information zur Wertentwicklung“. Insgesamt können Sie gleichzeitig bis zu 10 Fonds in Ihrem Vertrag halten und besparen, wobei es keinen Mindestbeitrag je Fonds gibt. Dabei können Sie aus einer breiten Fondspalette auswählen.

(7) Zur Reduzierung von Kursrisiken können Sie im Rahmen der individuellen Fondsanlage innerhalb der letzten 10 Jahre vor dem Abruftermin – bei Einschluss einer Verfügungsphase vor dem frühestmöglichen Abruftermin –, frühestens zum Ende des 5. Versicherungsjahres, das Ablaufmanagement aktivieren. Dieses sieht eine Umschichtung der Fonds-Deckungskapitalien in einen Rentenfonds, derzeit DWS Euroland Strategie (Renten) vor. Zur Erreichung eines gleichmäßigen, kontinuierlichen Übergangs wird monatlich ein der monatlichen Restlaufzeit bis zum Abruftermin – bei Einschluss einer Verfügungsphase vor dem frühestmöglichen Abruftermin – entsprechender Bruchteil der jeweiligen Fondsanteile umgeschichtet. Ab Beginn des Ablaufmanagements fließen die weiteren Sparbeiträge Ihrer Versicherung ausschließlich einem Rentenfonds, derzeit DWS Euroland Strategie (Renten), zu. Wir werden Sie jährlich während der letzten 10 Jahre vor dem Abruftermin auf die Möglichkeit der Aktivierung des Ablaufmanagements in der „Information zur Wertentwicklung“ hinweisen.

Für das Ablaufmanagement werden weder Gebühren noch Ausgabeaufschläge erhoben. Es besteht für Sie jederzeit zum Monatsende die Möglichkeit, durch Erklärung in Textform das Ablaufmanagement zu deaktivieren bzw. wieder zu aktivieren.

Nach einer Deaktivierung können Sie Ihre künftige Beitragsanlage (in Fonds) neu bestimmen (vgl. Absatz 3).

(8) Durch die Vereinbarung „gemanagte Fondsanlage“ in Ihrem Versicherungsvertrag beauftragen Sie uns, für Sie die Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals und die Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) Ihrer Versicherung unter Einschaltung eines Anlagegremiums vorzunehmen, das von der Deutsche Bank AG, weiteren Gesellschaften der Deutsche Bank Gruppe und uns gebildet wird.

Das Anlagegremium ist beauftragt, nach eigenem Ermessen und ohne Ihre vorherige Zustimmung im Rahmen des von Ihnen gewählten Depotgrundmodells Empfehlungen zur Fondszusammensetzung und zur Beitragsaufteilung zu erteilen. Das vorhandene Fondsvermögen wird dann von uns entsprechend den Empfehlungen des Anlagegremiums umgeschichtet. Über die Änderungen der Fondszusammensetzung und der Beitragsaufteilung werden wir Sie unverzüglich informieren.

Ihnen stehen vier Depotgrundmodelle zur Auswahl:

- Modell Einkommen (E)
überwiegend Rentenfonds (Aktienanteil maximal 30 %)
- Modell Balance (B)
Mischform Renten-/Aktienfonds (Aktienanteil 40-60 %)
- Modell Wachstum (W)
überwiegend Aktienfonds (Aktienanteil 70-90 %)
- Modell Dynamik (D)
hauptsächlich Aktienfonds (Aktienanteil 90-100 %)

Den Auftrag zur „gemanagten Fondsanlage“ können Sie – unter Angabe des bzw. der gewünschten Fonds – zum jeweiligen Monatsende durch schriftliche Erklärung gegenüber der Zurich Deutscher Herold Lebensvers. AG kündigen. Sie wechseln dann in die individuelle Fondsanlage.

§ 17 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen) sind bereits pauschal bei der Kalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung 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 einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Sofern Beiträge in der Verfügungsphase gezahlt werden, fallen darauf ebenfalls Abschluss- und Vertriebskosten an. Das Verhältnis zwischen einem Beitrag in der Verfügungsphase und Abschluss- und Vertriebskosten für diesen entspricht dabei dem Verhältnis zwischen Beitragssumme bis zum Beginn der Verfügungsphase und Abschluss- und Vertriebskosten, wie sie Ihnen vor Vertragsabschluss mitgeteilt worden sind. Sie werden mit dem jeweils eingehenden Beitrag verrechnet.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung mit laufender

Beitragszahlung nur geringe Beiträge zur Bildung der beitragsfreien Leistung oder für Ihren Rückkaufswert vorhanden sind (vgl. § 12).

§ 18 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins und eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt der versicherten Person.

(2) Wir können vor jeder Rentenzahlung bzw. vor der Kapitalauszahlung auf unsere Kosten einen amtlichen Lebensnachweis der versicherten Person verlangen.

(3) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Absatz 1 genannten Unterlagen sind uns einzureichen

- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache 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 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.

§ 19 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins 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 Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

(2) In den Fällen des § 20 Absatz 5 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 20 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Bezugsrecht für den Todes- und Erlebensfall

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an die versicherte Person, soweit diese bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwirbt (Bezugsberechtigter) oder an deren Hinterbliebene, soweit eine Leistung an Hinterbliebene vertraglich vereinbart ist.

Soweit die Prämienzahlung im Wege der **Entgeltumwandlung** (§ 1 Absatz 2 Nr. 3 Betriebsrentengesetz) erfolgt, ist die versicherte Person von Beginn der Versicherung an unwiderruflich bezugsberechtigt für den Erlebensfall. Ist eine Hinterbliebenenleistung mitversichert, sind die benannten Hinterbliebenen der versicherten Person begünstigt für den Todesfall. Der Versicherungsnehmer hat das Recht zu bestimmen, welcher der nach

Maßgabe des Absatzes 2 in Betracht kommenden Hinterbliebenen begünstigt sein soll; er kann die versicherte Person zur Ausübung dieses Rechts ermächtigen.

Soweit die Prämienzahlung nicht im Wege der Entgeltumwandlung erfolgt, kann das Bezugsrecht in einer der folgenden Varianten vertraglich vereinbart werden:

▪ Unwiderrufliches Bezugsrecht

Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt. Dieses Bezugsrecht umfasst sämtliche Versicherungsleistungen.

▪ Unwiderrufliches Bezugsrecht unter Vorbehalten

Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht unter den nachstehenden Vorbehalten eingeräumt: Dem Arbeitgeber bleibt das Recht vorbehalten, alle Versicherungsleistungen für sich in Anspruch zu nehmen,

- wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalles endet, es sei denn, die versicherte Person hat das 25. Lebensjahr vollendet und die Versicherung hat fünf Jahre bestanden.
- wenn die versicherte Person Handlungen begeht, die dem Arbeitgeber das Recht geben, die Versicherungsansprüche zu mindern oder zu entziehen.

Dieses Bezugsrecht umfasst sämtliche Versicherungsleistungen.

▪ Widerrufliches Bezugsrecht

Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein widerrufliches Bezugsrecht eingeräumt. Dieses Bezugsrecht umfasst sämtliche Versicherungsleistungen.

Versorgungsberechtigte Personen

(2) Im Todesfall der versicherten Person erhalten die Versorgungsleistungen als Begünstigte:

- a) der überlebende Ehegatte, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war, oder der überlebende Lebenspartner nach LPaTG;
- b) der Lebensgefährte, unter der Voraussetzung dass eine schriftliche Versicherung der versicherten Person vorliegt, in der der Lebensgefährte unter Angabe von Name und Geburtsdatum genannt ist und bestätigt wird, dass eine gemeinsame Haushaltsführung besteht;
- c) die ehelichen und die gesetzlich ihnen gleichgestellten Kinder im Sinne des § 32 Absatz 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 5 EStG und Kinder in einem besonderen Obhut- und Pflegeverhältnis i. S. der steuerlichen Bestimmungen und die namentlich als Bezugsberechtigte benannt wurden.

Die als begünstigt in Betracht kommende Person erwirbt einen Anspruch nur dann, wenn die Person des vorhergehenden Ranges nicht vorhanden ist oder auf ihr Recht verzichtet hat. Mehrere Berechtigte im gleichen Rang erhalten gleiche Anteile.

Sterbegeld

(3) Sind Hinterbliebene im Sinne des Absatzes 2 nicht vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt maximal 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Vertragsguthaben kommt den übrigen versicherten Personen derselben Bestandsgruppe zugute. Ist das Vertragsguthaben niedriger als 8.000 EUR wird das Vertragsguthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person gezahlt, die die versicherte Person schriftlich als Empfänger benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

Abtretung, Verpfändung und Beleihung

(4) Sämtliche Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können weder abgetreten, beliehen noch verpfändet werden.

Anzeigepflicht

(5) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

§ 21 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

(1) Wir informieren Sie schriftlich über den Wert der jeweiligen Anteile der von Ihnen gewählten Fonds sowie die relevanten Devisenkurse, sofern nicht mindestens einmal im Vierteljahr der Wert der Fondsanteile und die für Ihre Versicherung gültigen Devisenkurse in einer überregionalen Tageszeitung veröffentlicht werden sollte.

(2) Sie erhalten von uns regelmäßige „Informationen zur Wertentwicklung“ Ihres Vertrages. Dieser Information können Sie den aktuellen Wert der jeweiligen Anteile der von Ihnen gewählten Fonds sowie die Anzahl der Anteilseinheiten der gewählten Fonds und der relevanten Devisenkurse entnehmen.

(3) Auf Wunsch geben wir Ihnen den Wert Ihrer Fondsgebundenen Versicherung jederzeit an

§ 22 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

(1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen, soweit nicht Textform vereinbart ist. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder die der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie oder die versicherte Person Nachteile entstehen, da wir eine an Sie oder an eine an die versicherte Person zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die 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 Ihren Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens oder des Namens der versicherten Person gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns auch in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

(5) Sie sind verpflichtet, uns zu informieren, wenn Sie Ihren ständigen Wohnsitz ins Ausland verlegen und dort ein politisches Amt übernehmen sollten. Dieselbe Verpflichtung besteht auch dann, wenn Sie ins Ausland umziehen und dem Inhaber eines hohen politischen Amtes nahe stehen.

§ 23 Welche Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt beispielsweise bei

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Rückläufeln im Lastschriftverfahren,

Im Einzelnen werden von uns derzeit nachfolgende Gebühren erhoben:

- für nachträgliche Eintragung oder Änderung von Begünstigungsvermerken, Änderungen des Inhalts des Versicherungsscheins, Ausstellung der Ersatzpolice usw. neben dem Ersatz der Postgebühren eine Gebühr von 2,50 EUR. Wir können die Vorauszahlung der Gebühr verlangen.
- für Abschriften der ortsüblichen Sätze und die Erstattung der mit der Übersendung verbundenen Postgebühren.
- Mahngebühren von 10 EUR und die Erstattung der mit der Mahnung verbundenen Postgebühren.

Alle etwaigen öffentlichen Abgaben, die für die Versicherung erhoben werden, sind uns zu erstatten.

Wir sind berechtigt, die Gebühren unmittelbar von Ihnen zu verlangen. Im Leistungsfall werden wir noch geschuldete Gebühren jeweils von der nächstfälligen Versicherungsleistung abziehen.

(2) Wird im Fall einer Scheidung eine interne Teilung von Anrechten aus diesem Vertrag nach § 10 Versorgungsausgleichsgesetz durchgeführt, so fallen Teilungskosten an. Sie belaufen sich auf 2 % des in Euro ausgewiesenen sog. Ehezeitanteils, mindestens 200 EUR, höchstens 500 EUR. Ausgleichspflichtige und ausgleichsberechtigte Person tragen diese Kosten jeweils hälftig. Eine Hälfte wird mit dem Deckungskapital dieses Vertrages, die andere Hälfte im Rahmen des für die ausgleichsberechtigte Person zu begründenden Anrechts mit dem sog. Ausgleichswert verrechnet.

(3) Bei Abschluss der Vereinbarung „individuelle Fondsanlage“ ist eine Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals und eine Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) oder beides zum gleichen Zeitpunkt jeweils zum nächsten Monatsersten nach Annahme des Antrages möglich und gebührenfrei. Im Rahmen des Ablaufmanagements werden keine Gebühren für die Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals und die Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) erhoben.

Wir sind berechtigt, nach billigem Ermessen die vorgenannten Gebühren zu ändern. Über eine Änderung benachrichtigen wir Sie unaufgefordert.

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlas-

sung. 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 Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 26 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

Ihre Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

§ 27 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten für die Fondsgebundene Versicherung mit dem Garantiefondskonzept DWS FlexPension?

In Ergänzung und gegebenenfalls in Abweichung zu den in den „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Fondsgebundene Versicherung“ vorab beschriebenen Regelungen gelten für das Garantiefondskonzept DWS FlexPension die folgenden Bestimmungen.

Soweit diese Bestimmungen von den sonstigen Regelungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichen, gelten diese Bestimmungen immer dann, wenn Fondsanteile eines Garantiefonds betroffen sind.

1. Was beinhaltet die Fondsgebundene Versicherung mit dem Garantiefondskonzept DWS FlexPension?

Der DWS FlexPension ist ein flexibles Garantiefondskonzept, bestehend aus mehreren Teilfonds (im Folgenden Garantiefonds genannt), die sich u. a. im Ablaufdatum unterscheiden. Das Fondskonzept der DWS sieht Kapitalschutz zum Laufzeitende und dynamische Gewinnsicherung vor.

Die Anlagestrategie basiert auf einer innovativen, regelbasierten Methode, bei der dynamisch zwischen DWS Aktienfonds einerseits und DWS Renten- und Geldmarktfonds andererseits umgeschichtet wird.

Jährlich zum ersten Börsentag im Juli, der ein Handelstag in Frankfurt am Main ist, wird planmäßig ein weiterer Garantiefonds aufgelegt.

2. Was beinhaltet ein Garantiefondskonzept?

(1) Jeder Garantiefonds ist mit einem festen Laufzeitende ausgestattet. Bei Neuauflegung haben die einzelnen Garantiefonds einen zu ihrem jeweiligen Laufzeitende wirksam werdenden garantierten Rücknahmepreis (Garantiewert), der mindestens dem jeweiligen Erstanteilswert (Wert der ersten Fondsanteile) entspricht. Jeder neue Garantiefonds wird mit dem jeweiligen

Anteil- und Garantiewert des ein Jahr zuvor aufgelegten Garantiefonds emittiert.

(2) An monatlichen Feststellungsterminen werden für jeden einzelnen Garantiefonds des Garantiefondskonzeptes DWS FlexPension dessen Fondsanteilswert festgestellt. Die einzelnen Garantiefonds garantieren zu ihrem jeweiligen Laufzeitende den höchsten, jemals während der Laufzeit an einem der monatlichen Feststellungstermine erreichten Fondspreis (Höchststandsgarantie). Der höchste Anteilwert stellt somit, sofern er über dem vorher geltenden Garantieniveau liegt, das neue Garantieniveau bei Laufzeitende dar.

(3) Die Höchststandsgarantie besteht ausschließlich zum Ablauftermin eines Garantiefonds. Der tagesaktuelle Wert eines Fondsanteils kann zwischenzeitlich auch geringer sein als sein Garantiewert zum Laufzeitende.

(4) Mit dem Wechsel aus dem Garantiefondskonzept DWS FlexPension erlischt die Garantie.

3. Wer gewährt die Garantie?

(1) Die Garantiefonds geben jeweils für den Zeitpunkt ihres Ablauftermins eine Höchststandsgarantie ab. Diese rechtlich verbindliche Garantie wird von der DWS Investment S.A., Luxemburg, ausgesprochen. Wir übernehmen zu keinem Zeitpunkt eine Garantie, sondern reichen diese nur an Sie weiter.

(2) Ebenso garantiert die DWS Investment S.A., Luxemburg, die Erfüllung der Leistungsverpflichtungen dieses Garantiefonds in den Fällen, in denen der einzelne Garantiefonds zum Laufzeitende nicht über ein ausreichendes Vermögen verfügt.

(3) Sofern steuerliche Änderungen innerhalb des Garantiezeitraumes die Wertentwicklung des einzelnen Garantiefonds negativ beeinflussen, ermäßigt die DWS Investment S.A., Luxemburg, den Garantiewert um den Betrag, den diese Differenz einschließlich entgangener markt- und laufzeitgerechter Wiederanlage pro Anteil ausmacht. Auf diese Reduktion des Garantiewertes haben wir keinen Einfluss.

4. Wie funktioniert das Investment in Garantiefonds?

(1) Der vertraglich vereinbarte Abruftermin Ihrer Versicherung ist maßgeblich für die Auswahl des Garantiefonds. Ab dem Versicherungsbeginn werden die Beiträge, die zur Investition in Garantiefonds bestimmt sind, fortlaufend in den Garantiefonds mit der längst möglichen Restlaufzeit investiert, dessen Ablauftermin vor dem Abruftermin Ihrer Versicherung liegt oder mit diesem zusammenfällt.

(2) Bei Auflage eines neuen Garantiefonds dessen Ablauftermin vor dem Abruftermin Ihrer Versicherung liegt, oder mit diesem zusammenfällt, wird automatisch Ihr Fondsvermögen aus dem Garantiefonds mit der nächstkürzeren Restlaufzeit in den neuen Garantiefonds umgeschichtet.

(3) Sollte es keinen Garantiefonds geben, dessen Ablauftermin mit dem Abruftermin Ihrer Versicherung übereinstimmt oder wird die Neuauflage von Garantiefonds eingestellt, sind wir berechtigt, nach Ablauf des letzten Garantiefonds, die Ihrer Versicherung zugeordneten Garantiefondsanteile in Fondsanteile eines anderen von uns zu diesem Zeitpunkt angebotenen Fonds umzuwandeln. Dies gilt ebenso für die künftige Beitragsanlage (vgl. Absatz 4).

(4) Wandeln wir die gesamten Ihrer Versicherung zugeordneten Garantiefondsanteile in Fondsanteile eines anderen Fonds um, der kein Garantiefonds ist, werden wir Sie vorher vor diesem Wechsel rechtzeitig informieren, welche Fonds für die Umschichtung des vorhandenen Fonds-Deckungskapitals und die Ände-

rung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) zur Verfügung stehen. Bis zur Mitteilung Ihrer diesbezüglichen Entscheidung werden wir die Erträge aus der Veräußerung der Fondsanteile und den auf nicht mehr zur Verfügung stehende Fonds entfallenden Anlagebeitrag in den DWS Geldmarktfonds einbringen.

5. Was gilt bei vorzeitiger Rückgabe von Anteilen an einem Garantiefonds?

(1) Im Falle einer vorzeitigen Beendigung Ihres Versicherungsvertrages vor dem Laufzeitende des Garantiefonds bzw. bei Tod der versicherten Person vor dem Abruftermin der Versicherung erfolgt die Berechnung des Wertes des Fonds-Deckungskapitals zum neuen Vertragsende zum veröffentlichten Rücknahmepreis und nicht zum Garantiewert.

(2) Beantragen Sie schriftlich einen Wechsel aus einem Garantiefonds in die individuelle Fondsanlage, so erfolgt der Fondswechsel zum Rücknahmepreis und nicht zum Garantiewert. Mit dem Wechsel aus dem Garantiefonds-konzept DWS FlexPension erlischt die Garantie.

(3) Erfolgt eine Vorverlegung des Rentenzahlungsbeginns im Rahmen der flexiblen Altersgrenze, wird für die Bewertung des Fonds-Deckungskapitals der Rücknahmepreis und nicht der Garantiewert zu dem in § 2 Absatz 12 festgelegten Stichtag zugrunde gelegt.

(4) Wollen Sie Ihre Fondsgebundene Versicherung gemäß § 13 in eine konventionelle Versicherung umwandeln, wird für die Bewertung des Fonds-Deckungskapitals der Rücknahmepreis und nicht der Garantiewert zu dem in § 2 Absatz 14 festgelegten Stichtag zugrunde gelegt.

6. Was gilt für neu aufzulegende Garantiefonds in extremen Marktsituationen?

Wenn in den letzten drei Monaten vor Auflegung eines neuen Garantiefonds abzusehen ist, dass der Investitionsgrad in aktienorientierten Anlagen für den neu aufgelegten Fonds bei Auflegung unter 50% liegen würde, behält sich die DWS S.A. Luxemburg vor, den neuen Garantiefonds nicht mit dem Garantieniveau und dem Anteilwert des vorausgegangenen 15-jährigen Teilfonds aufzulegen (vgl. Punkt 2, Absatz 1), sondern mit einem neutralen Anteilwert und Garantieniveau zum Laufzeitende. In diesem Fall werden wir nur Ihre künftigen Beiträge in einen solchen neuen Garantiefonds anlegen, jedoch auf die Umschichtung gemäß Punkt 4, Absatz 2 von bereits aufgebautem Fondsvermögen in den neu aufgelegten Garantiefonds verzichten. Stattdessen verbleibt ein vorhandenes Fondsvermögen im ursprünglichen Garantiefonds bis zu dessen Laufzeitende bzw. bis ein geeigneter neuer Garantiefonds aufgelegt wird, in den ein Umschichten bestehendes Fondsvermögens ohne Verzicht auf die erworbene Höchststandsgarantie möglich ist. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass Ihre neuen Beiträge wieder verstärkt an den Chancen des Kapitalmarktes teilhaben können. Ihre Höchststandsgarantien werden dadurch nicht berührt.

7. Welche Kosten entstehen durch das Management des DWS FlexPension?

Für das Management Ihrer Fondsanlage im DWS FlexPension berechnen wir derzeit monatlich 1/12 % des jeweils aktuell vorhandenen Anlageguthabens maximal jedoch 1 EUR monatlich.

Darüber hinaus fallen für die Umschichtung des vorhandenen Fonds-Deckungskapitals und Änderungen der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) im Rahmen des Garantiefonds-konzeptes DWS FlexPension keine weiteren Kosten an.

8. Welche Besonderheiten sind zu beachten?

(1) Vertragsänderungen Ihres Vertrages sind nur mit unserer Zustimmung möglich; ein Rechtsanspruch hierauf besteht nicht.

Verschiebt sich bei einer Vertragsänderung der Abruftermin Ihrer Versicherung, muss Ihrer Versicherung der zu diesem Zeitpunkt passende Garantiefonds zugeordnet werden. Dies kann dazu führen, dass sich die Zahl der Fondsanteile und der Garantiewert ändern oder unter Umständen reduzieren kann.

(2) Die folgenden in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angebotenen Optionen können bei Inanspruchnahme eines Garantiefonds-konzeptes nicht ausgeübt werden:

- Anlage der Beiträge in mehrere Fonds (Beitragssplitting)
- Aktivierung eines Ablaufmanagements
- Kapitalauszahlung in Fondsanteilen

Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung

in der Fondsgebundenen Versicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?
- § 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?
- § 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?
- § 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?
- § 5 Wann werden die Erhöhungen ausgesetzt?

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

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jeweils nach dem vereinbarten Modell:

- Modell B

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung gemäß Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung.

- Modell K

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung um den vereinbarten dessen Prozentsatz auf Grundlage des letzten vereinbarten Beitrags des vorhergehenden Kalenderjahres. Der Beitrag nach dynamischer Anpassung beträgt jedoch maximal 4 Prozent der im aktuellen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung.

- Modell K+

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz auf Grundlage des letzten vereinbarten Beitrags des vorhergehenden Kalenderjahres. Der Beitrag nach dynamischer Anpassung beträgt maximal 4 Prozent der im aktuellen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung zuzüglich 1.800 EUR.

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (vgl. Sie hierzu bitte § 3).

(3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger als bis die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter¹⁾ von 65 Jahren erreicht hat.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils einmal im Kalenderjahr, wobei im Kalenderjahr des Vertragsschlusses noch keine Anpassung stattfindet.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wie errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen bestimmt sich unter Berücksichtigung des am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters¹⁾ der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der planmäßigen Erhöhung für diese dann gelten. Jede Erhöhung bildet mit der zugrunde liegenden Versicherung eine Einheit.

(2) Die Erhöhungen stellen sich im Einzelnen wie folgt dar: Mit jeder Beitragssteigerung erhöht sich das Mindesttodesfallverrentungskapital um den Betrag, der sich aus der Multiplikation aller bis zum Ablauf fälligen Mehrbeiträge für die Fondsgebundene Versicherung mit dem vereinbarten Leistungsfaktor ergibt.

Ebenfalls wird – sofern vereinbart – die garantierte Leistung im Erlebensfall angepasst. Hierbei wird, soweit nichts anderes vereinbart ist, die garantierte Leistung im Erlebensfall im Verhältnis von neuer zu alter Beitragssumme verändert, soweit hierdurch nicht die größtmögliche Höhe für die garantierte Leistung im Erlebensfall überschritten wird. Gegebenenfalls ist zur Sicherstellung der Garantie eine Umschichtung von Fonds-Deckungskapital in Garantie-Deckungskapital erforderlich.

Ebenfalls erhöhen sich alle versicherten Leistungen aus ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen.

Das Verhältnis der versicherten Leistungen aus den ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen zur Beitragssumme wird durch dynamische Erhöhungen nicht verändert.

Ist die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, so erhöht sich die für den Fall der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit vereinbarte Leistung für die Beitragsbefreiung sowie die eventuell vereinbarte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Hauptversicherung, die Besonderen Bedingungen ggf. eingeschlossener Zusatzversicherungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Die Regelungen der AVB zu den Abschlusskosten finden bei der planmäßigen Anpassung entsprechende Anwendung.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen bei Verletzung der Anzeigepflicht (vgl. § 9 AVB) und Selbsttötung (vgl. § 8 AVB) nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden die Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

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

(4) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ/EUZ) mit eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit Leistungen aus der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbracht werden.

Gleiches gilt während einer vereinbarten Karenzzeit.

Haben Sie jedoch die Dynamik im Leistungsfall der Beitragsbefreiung bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit ausdrücklich mit uns vereinbart, werden die Erhöhungen auch durchgeführt, solange Anspruch auf Leistungen aus der Beitragsbefreiung besteht. Einzelheiten sind in den jeweiligen Besonderen Bedingungen für die BUZ bzw. EUZ geregelt.

1) Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Allgemeine Steuerhinweise zu Direktversicherungen

für die Fondsgebundene Versicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 01/2012)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Nachfolgende Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden (§ 3 StBerG).

A. Einkommensteuer

I. Steuerliche Behandlung der Beiträge

Beiträge zu Direktversicherungen sind beim Arbeitgeber als Betriebsausgaben abzugsfähig. Ansprüche aus einer Direktversicherung sind vom Arbeitgeber nicht zu aktivieren, soweit sie dem Arbeitnehmer aufgrund seines Bezugsrechts zugerechnet werden. Sind die Ansprüche aus einer Direktversicherung teilweise dem Arbeitgeber zuzurechnen, müssen sie bei Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich als Ansprüche aus Lebensversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, aktiviert werden.

Beiträge, die ein inländischer Arbeitgeber zu einer Direktversicherung entrichtet, unterliegen der Lohnsteuer. Dagegen bleiben Beiträge des Arbeitgebers aus dem ersten Dienstverhältnis für eine Direktversicherung zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, bei der eine Auszahlung der zugesagten Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgungsleistung in Form einer Rente oder eines Auszahlungsplans vorgesehen ist, im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei. Danach können Beiträge im Kalenderjahr in Höhe von bis zu 4 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung (West) steuerfrei bleiben. Dies gilt nicht, soweit der Arbeitnehmer nach § 1a Abs. 3 des Betriebsrentengesetzes verlangt hat, dass die Voraussetzungen für eine Förderung nach § 10a oder Abschnitt XI EStG erfüllt werden. Der abzugsfähige Höchstbetrag erhöht sich um zusätzliche 1.800 Euro, wenn die Beiträge aufgrund einer Versorgungszusage geleistet werden, die nach dem 31.12.2004 erteilt wird. Sofern bereits eine steuerliche Förderung nach § 40b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung genutzt wird, entfällt der zusätzliche Höchstbetrag.

Aus Anlass der Beendigung des Dienstverhältnisses geleistete Beiträge zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung sind steuerfrei, soweit sie 1.800 Euro vervielfältigt mit der Anzahl der Kalenderjahre, in denen das Dienstverhältnis des Arbeitnehmers zu dem Arbeitgeber gestanden hat, nicht übersteigt. Der vervielfältigte Betrag ist zu kürzen um die nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfreigestellten Beiträge, die der Arbeitgeber in dem Kalenderjahr, in dem das Dienstverhältnis beendet wird und in den sechs vorangegangenen Kalenderjahren erbracht hat; Kalenderjahre vor 2005 sind dabei jeweils nicht zu berücksichtigen. Übersteigen die Beitragszahlungen die o. g. Grenzen des § 3 Nr. 63 EStG, oder wird während der Aufschubzeit ein vereinbartes Kapitalwahlrecht (nicht bei der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung) ausgeübt, unterliegen sie insoweit der individuellen Einkommensteuer des Arbeitnehmers.

II. Steuerliche Behandlung der Leistungen

Sofern und soweit die Beiträge zu einer Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei gestellt sind, ist die Versicherungsleistung (Alters-, Todesfall- und Invaliditätsleistung) nach § 22 Nr. 5 EStG in voller Höhe zu versteuern.

Sofern und soweit die Beiträge zu einer Direktversicherung der individuellen Besteuerung unterliegen, wird die Rentenleistung nach § 22 Nr. 5 Satz 2 a) EStG mit dem Ertragsanteil aus § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG besteuert. Bei einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird die Rentenleistung als zeitlich begrenzte Leibrente gemäß § 22 Nr. 5 Satz 2 a) mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV versteuert. Leistungen aus einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung werden gemäß § 22 Nr. 5 Satz 2 a) EStG mit dem Ertragsanteil aus § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG versteuert.

Weitere Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den „Allgemeine Steuerhinweise für die Fondsgebundene Versicherung – Private Vorsorge (Schicht 3)“.

Rentenbezugsmitteilung

Versicherungsunternehmen sind gemäß § 22a EStG verpflichtet, der Zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum 31.03. des Folgejahres zufließende Leibrenten und deren Empfänger zu melden (Rentenbezugsmitteilung).

B. Erbschaftsteuer

Zuwendungen an den Arbeitnehmer aus einer Direktversicherung sind nicht erbschaftsteuerpflichtig. Zuwendungen an Witwen oder Waisen des Arbeitnehmers als Bezugsberechtigte einer Direktversicherung sind ebenfalls nicht erbschaftsteuerpflichtig, soweit sie angemessen sind. Erwerben die Hinterbliebenen des Arbeitnehmers die Leistungen aus einer Direktversicherung aus dem Nachlass des Arbeitnehmers, unterliegen die Leistungen der Erbschaftsteuer. Leistungen aus Direktversicherungen, die an Witwen oder Waisen von beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern einer Kapitalgesellschaft gezahlt werden, unterliegen unabhängig vom Rechtsgrund des Erwerbs stets der Erbschaftsteuer. Ob sich aus den Hinterbliebenenleistungen eine Erbschaftsteuerschuld tatsächlich ergibt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

C. Versicherungsteuer

Beiträge zu Direktversicherungen unterliegen nicht der Versicherungssteuer.

D. Umsatzsteuer

Beiträge zu Direktversicherungen und Leistungen aus Direktversicherungen, die ein Arbeitgeber zugunsten seiner Arbeitnehmer abgeschlossen hat, sind umsatzsteuerfrei.

Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht

A. Anpassungsprüfungspflicht

Gemäß § 16 Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) hat der Arbeitgeber die grundsätzliche Verpflichtung, laufende Versorgungsleistungen alle 3 Jahre hinsichtlich einer Anpassung zu prüfen. § 16 Abs. 3 BetrAVG regelt allerdings, dass diese Prüfungspflicht entfällt, wenn

- der Arbeitgeber sich verpflichtet, laufende Leistungen jährlich mindestens 1 % anzupassen,
- bei einer Direktversicherung alle ab Rentenbeginn anfallenden Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Leistungen verwendet werden. Bei einer Entgeltumwandlung ist diese Gewinnverwendung zwingend vorgeschrieben,
- eine Beitragszusage mit Mindestleistung erteilt wurde.

B. Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für Rentner

Sämtliche Leistungen aus einer bAV unterliegen der Beitragspflicht für Kranken- und Pflegeversicherung, sofern der Leistungsempfänger freiwillig oder pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Dies gilt nicht für Leistungen, die auf Beiträgen beruhen, die der Arbeitnehmer privat geleistet hat während der Vertrag auf ihn als Versicherungsnehmer übertragen war.

Allgemeine Steuerhinweise

für die Fondsgebundene Versicherung – Private Vorsorge (Schicht 3)

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 01/2012)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Nachfolgende Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden (§ 3 StBerG).

A. Einkommensteuer

Sofortbeginnende Rentenversicherungen und Rentenversicherungen mit aufgeschobener Rentenzahlung

Die laufenden und einmaligen Beiträge zu diesen Rentenversicherungen können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben abgezogen werden. Leibrenten aus oben genannten Versicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil (§ 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG) der Einkommensteuer. Mit dem Ertragsanteil werden nur die Erträge aus den laufenden Renten erfasst. Erträge, die während einer Aufschubzeit erzielt werden, bleiben steuerfrei. Werden Leibrenten nach dem Tod der versicherten Person während einer Rentengarantiezeit weitergezahlt, unterliegen diese Renten weiterhin mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Todesfallleistungen während einer Aufschubzeit sind einkommensteuerfrei.

Nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG gehört zu den Einkünften aus Kapitalvermögen der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Erträge) im Erlebensfall oder bei Rückkauf des Vertrages bei Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht, soweit nicht die Rentenzahlung gewählt wird. Von den zu versteuernden Erträgen sind 25 % Kapitalertragsteuer sowie ggf. Solidaritätszuschlag zuzüglich ggf. Kirchensteuer mit abgeltender Wirkung einzubehalten (Abgeltungsteuer).

Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von 12 Jahren seit dem Vertragsabschluss ausgezahlt, ist die Hälfte des Unterschiedsbetrages steuerpflichtig. Auf Auszahlungen ist auf den vollen Unterschiedsbetrag 25 % Kapitalertragsteuer sowie ggf. Solidaritätszuschlag zuzüglich ggf. Kirchensteuer als Vorabsteuer einzubehalten. Die Kapitalertragsteuer kann bei der Festsetzung zur Einkommensteuer auf die persönliche Steuerschuld angerechnet werden.

Für Fondsgebundene Rentenversicherungen gelten obige Aussagen entsprechend.

Fondsgebundene Versicherungen mit Dynamik

Für Fondsgebundene Versicherungen, bei denen bei Vertragsabschluss dynamische Anpassungen vereinbart wurden, gelten steuerrechtlich die obigen Ausführungen entsprechend.

Zusatzversicherungen zu Fondsgebundenen Versicherungen

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung Beiträge, die auf eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und/oder eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung entfallen, können im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a i. V. m. § 10 Abs. 4 EStG).

Rentenleistungen aus Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern.

Rentenleistungen aus Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherungen unterliegen mit dem Ertragsanteil für Leibrenten (§ 22 EStG) der Einkommensteuer.

Rentenbezugsmitteilung

Versicherungsunternehmen sind gemäß § 22a EStG verpflichtet, der Zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum 31.03. des Folgejahres zufließende Leibrenten und deren Empfänger zu melden (Rentenbezugsmitteilung).

B. Erbschaftsteuer

Ansprüche oder Leistungen aus Fondsgebundenen Versicherungen und evtl. Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

C. Versicherungsteuer

Beiträge zu Fondsgebundenen Versicherungen und Beiträge zu den Zusatzversicherungen von Fondsgebundenen Versicherungen sind von der Versicherungsteuer befreit.

Besondere Bedingungen

für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?
- § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?
- § 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?
- § 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 10 Wann können Sie in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?
- § 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 12 Können die Beiträge angepasst werden?
- § 13 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?
- § 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer¹⁾ zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir – je nach vertraglicher Vereinbarung – folgende Versicherungsleistungen:

Beitragsbefreiung (BUZ-B)

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen.

Ist eine Wartezeit vereinbart, besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die während der Wartezeit eintreten nur, wenn der Eintritt der Berufsunfähigkeit allein auf ein nach Versicherungsbeginn eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen ist (vgl. § 1 Abs. 7). Tritt Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund vor Ablauf der Wartezeit ein, erlischt die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit sofortiger Wirkung. Die bis zu diesem Zeitpunkt bereits gezahlten Beiträge werden nicht zurückerstattet. Für eine nach Ablauf der Wartezeit eintretende Berufsunfähigkeit leisten wir unabhängig von deren Ursache, soweit in § 3 Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist.

Werden nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit Leistungen erbracht, so muss nach Ablauf der für die Beitragsbefreiung vereinbarten Leistungsdauer²⁾ trotz einer gegebenenfalls weiter bestehenden Berufsunfähigkeit die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und die gegebenenfalls eingeschlossenen Zusatzversicherungen wieder aufgenommen werden, sofern die Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet ist.

Rente (BUZ-R)

Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

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

Leistung infolge Pflegebedürftigkeit

(2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 5) berufsunfähig und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, so erbringen wir dennoch – je nach vertraglicher Vereinbarung – die in Absatz 1 genannten Versicherungsleistungen.

Anspruchsentstehung

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und/oder Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Dies gilt auch, wenn Sie eine Wartezeit in Ihren Vertrag eingeschlossen haben und die Berufsunfähigkeit auf einen während der Wartezeit eingetretenen Unfall zurückzuführen ist. Handelt es sich nicht um eine unfallbedingte Berufsunfähigkeit, entsteht während der Wartezeit kein Anspruch auf die Versicherungsleistung (vgl. § 1 Abs. 1).

Eine eventuell vereinbarte Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Endet die Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Berufliche Integrations- und Rehabilitationsberatung

Bei Eintritt des Versicherungsfalles bietet unsere Gesellschaft kostenfrei die Möglichkeit einer beruflichen Integrations- und Rehabilitationsberatung an. Gegenstand der Beratung sind z. B. Fragen der medizinischen Versorgung, mögliche Rehabilitationsmaßnahmen, Möglichkeiten einer beruflichen Integration durch Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen oder einer Integration in einen anderen Beruf. Diese Beratung wird von uns bzw. durch von uns beauftragte anerkannte Fachleute angeboten.

Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll erkannte Maßnahmen werden von uns eingeleitet und begleitet. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Erlöschen des Anspruchs

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das erforderliche Ausmaß (vgl. § 2 Absatz 7) sinkt, wenn die versicherte Person stirbt oder die jeweilige Leistungsdauer der BUZ abläuft.

Beitragszahlung während Leistungsprüfung

(5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Dynamik im Leistungsfall von BUZ-B

(6) Haben Sie mit uns die dynamische Anpassung bei Berufsunfähigkeit vereinbart, so gilt Folgendes:

- a) Voraussetzung für die Dynamik im BUZ-B-Leistungsfall ist, dass zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit die planmäßige Erhöhung in die Hauptversicherung eingeschlossen ist.
- b) Die Leistung aus der BUZ-B steigt jährlich um den hierfür vereinbarten Prozentsatz – erstmalig zum Jahrestag, der auf den Monat des Eintritts der Berufsunfähigkeit folgt. Der Mehrbeitrag wird zur Erhöhung der Versicherungssumme der Hauptversicherung verwendet. Die Versicherungsleistungen der Hauptversicherungen werden somit auch im Falle einer Berufsunfähigkeit weiter erhöht. Einzelheiten zur Berechnung der Erhöhung sind in den Besonderen Bedingungen für die Anpassungsversicherung (vgl. § 3 Absatz 1) festgelegt. Die Erhöhungen erfolgen, solange Anspruch auf Beitragsbefreiung aus BUZ-B besteht.
- c) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Beitragsbefreiung endet, lebt Ihre Pflicht zur Zahlung der Beiträge für die Hauptversicherung und alle Zusatzversicherungen wieder auf. Die Höhe des Beitrags bemisst sich an den zu diesem Zeitpunkt geltenden versicherten Leistungen, einschließlich etwaiger Erhöhungen aus der dynamischen Anpassung im Falle der Berufsunfähigkeit.
- d) Erlischt das Recht auf dynamische Anpassung der Hauptversicherung, so wird das Recht auf die Dynamik im Leistungsfall von BUZ-B ausgeschlossen. Der Beitrag für die BUZ wird dann neu berechnet.

Unfall bei vereinbarter Wartezeit (BUZ-B)

(7) Ein Unfall 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 eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- a) ein Gelenk verrenkt wird oder
- b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- a) Unfälle, die auf Geistes- oder Bewusstseinsstörungen zurückzuführen sind, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Absatz 7 Satz 1 die überwiegende Ursache ist.
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- d) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- e) Infektionen:
Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
– durch Insektenstiche oder -bisse oder
– durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
Versicherungsschutz besteht jedoch für
– Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
– Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Absatz 7 e) Satz 1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
- f) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- g) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- h) Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben. Kann die versicherte Person eine andere ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausüben, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs liegt.

Hierbei berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls und die einschlägige Rechtsprechung.

Gleiches gilt für Versicherte, insbesondere Selbständige und Freiberufler, wenn diese ihren Arbeitsplatz sowie ihren Tätigkeitsbereich in zumutbarer Weise umorganisieren können. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht.

Ist eine Umorganisation tatsächlich erfolgt, bei der der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt Berufsunfähigkeit nicht vor. Dies gilt unabhängig davon, welchen Kapitalaufwand die Umorganisation erfordert hat und/oder ob sie wirtschaftlich zweckmäßig war.

Machen wir von der Möglichkeit der Verweisung auf eine vergleichbare, jedoch nicht konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit Gebrauch, so hat die versicherte Person Anspruch auf eine Beratung zu Maßnahmen mit dem Ziel der beruflichen Integration (z. B. Fortbildung, Umschulung, Integrati-

onslehrgänge) durch uns oder durch von uns beauftragte anerkannte Fachleute. Die Beratung werden wir der versicherten Person mit der Verweisung anbieten.

Nimmt die versicherte Person an einer solchen Maßnahme mit dem Ziel der Wiedereingliederung in eine gesundheitlich geeignete neue berufliche Tätigkeit teil, dann verzichten wir für die Dauer der Teilnahme an der Maßnahme, längstens jedoch für 36 Monate, auf die Leistungsfreiheit wegen der Verweisung auf eine vergleichbare Tätigkeit, sofern diese nicht konkret ausgeübt wird. Ausgenommen sind Fortbildungen an allgemeinbildenden Schulen. Die Maßnahme muss sobald wie möglich im Anschluss an die Beratung begonnen werden. Für den Zeitraum ab Eintritt der Berufsunfähigkeit im bisherigen Beruf sowie für die Dauer der Teilnahme an der Maßnahme zur beruflichen Integration, längstens jedoch für 36 Monate, erbringen wir die versicherten Leistungen.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.

(3) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. In diesen Fällen leisten wir für die ersten sechs Monate rückwirkend. **Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.**

(4) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer mehr als 36 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es für den Eintritt der Berufsunfähigkeit darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, die sie aufgrund vorhandener beruflicher Fähigkeiten und Kenntnisse, die durch Ausbildung und Erfahrung bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben oder danach erworben wurden, ausüben kann. Diese Tätigkeit muss der Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entsprechen.

Scheidet die versicherte Person nur vorübergehend – für maximal 36 Monate – aus ihrem Beruf aus und ist eine Wiederaufnahme vorgesehen (z. B. nach Mutterschutz oder Erziehungsurlaub), so gilt die unterbrochene berufliche Tätigkeit als zuletzt ausgeübter Beruf. Diese Tätigkeit muss der Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entsprechen.

(5) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der Absätze 7 bis 9 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(6) Eine versicherte Person, die das 50. Lebensjahr vollendet hat, gilt bereits dann als vollständig berufsunfähig, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war –

auszuüben. Übt die versicherte Person eine andere ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Gleiches gilt für Versicherte, insbesondere für Selbständige und Freiberufler, wenn diese ihren Arbeitsplatz sowie ihren Tätigkeitsbereich in zumutbarer Weise umorganisieren können. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht.

Ist eine Umorganisation tatsächlich erfolgt, bei der der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt Berufsunfähigkeit nicht vor. Dies gilt unabhängig davon, welchen Kapitalaufwand die Umorganisation erfordert hat und/oder ob sie wirtschaftlich zweckmäßig war. Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn diese Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad erfüllt sind.

(7) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 8 genannten Einrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(8) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der täglichen persönlichen Hilfe. Dabei wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt: Die versicherte Person benötigt Hilfe beim ...

Fortbewegen im Zimmer

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

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

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

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren

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

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.

(9) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Tabelle liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.

Das Gleiche gilt, wenn 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 einer geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?

(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. Wir leisten jedoch, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, 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 vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- g) 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) Der Versicherungsschutz für die BUZ besteht weltweit.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein,
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- 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 sowie zum Nachweis über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit,
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen,
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Leistungsregulierung und Nachregulierungen für die BUZ werden in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Ärztliche Berichte und Untersuchungen werden nur anerkannt, wenn sie von einem in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Arzt erstellt bzw. durchgeführt worden sind. Die Arztberichte sind in deutscher Sprache zu verfassen. Bei gegebener Leistungspflicht ist ein inländisches Konto anzugeben.

(3) 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. Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder sonstigen Heilbehndlern, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, anderen Personenversicherern und frühere und aktuelle Krankenkassen (gesetzliche und private), Sozialversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten sowie derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann.

Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung hat die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs. Sachdienlich sind auch die Auskünfte, die dem Versicherer die Prüfung ermöglichen, ob bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden.

(4) Lassen Sie operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistun-

gen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Sie sind allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse 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. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie zum Beispiel das Einhalten von Diäten, 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 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Während der Prüfung Ihres Leistungsanspruchs werden wir Sie über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen informieren. Eine Information über den Sachstand erfolgt spätestens alle 6 Wochen.

(3) Wir können in begründeten Einzelfällen längstens für 18 Monate oder, falls im Interesse des Versicherungsnehmers stehend, auch länger einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Es ist bis zum Ablauf der Frist für uns bindend.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

Für die versicherte Person, die das 50. Lebensjahr vollendet hat, gilt die Bestimmung des § 2 Absatz 6 entsprechend.

Für die Dauer einer zeitlich befristeten Anerkenntnis nach § 5 erfolgt keine Nachprüfung.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, können wir unsere Leistungen einstellen (vgl. § 2 Absatz 7 bis 9). Absatz 5 Satz 2 bis 3 gilt entsprechend.

(5) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, können wir unsere Leistungen einstellen. 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, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt der Versicherte können wir die Leistungen bereits mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem der Tod eingetreten ist.

(6) Liegt der Eintritt der Berufsunfähigkeit länger zurück und ist die Berufsunfähigkeit bei Anmeldung der Ansprüche wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem die Berufsunfähigkeit weggefallen ist.

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig 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. Die Ansprüche aus der BUZ bleiben 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.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. **Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.**

§ 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Abweichend von den Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) können wir die dort genannten Rechte (Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung) 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 oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die BUZ bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen mit Beendigung der Aufschubzeit, erlischt auch der Versicherungsschutz aus der BUZ³⁾.

(2) Eine BUZ, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In ihren letzten fünf Ver-

sicherungsjahren kann die BUZ jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Ein Rückkaufswert steht nicht zur Verfügung. Gegebenenfalls zur Verfügung stehende nicht verbrauchte Beitragsteile erstatten wir im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung. Von dem so ermittelten Betrag wird kein Abzug einbehalten. Beitragsrückstände werden verrechnet.

(3) Eine beitragsfreigestellte BUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – die nicht verbrauchten Beitragsteile im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zurück. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung. Ein Abzug wird nicht erhoben.

Eine BUZ gegen Einmalbeitrag oder eine deren Beitragszahlungsdauer abgelaufen ist, können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – die nicht verbrauchten Beitragsteile im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zurück. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung. Von dem so ermittelten Betrag wird kein Abzug einbehalten. Beitragsrückstände werden verrechnet.

Von der Kündigungsmöglichkeit der BUZ ausgenommen sind Verträge während der beitragsfreien Zeit aufgrund einer anerkannten Berufsunfähigkeit.

(4) Eine Kündigung der BUZ zusammen mit der Hauptversicherung ist nicht möglich, falls es sich bei der Hauptversicherung um eine Rentenversicherung ohne Hinterbliebenenleistung in der Aufschubzeit handelt.

(5) Die BUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die Umwandlung ist jedoch nur möglich, wenn das Deckungskapital der BUZ ausreicht, eine beitragsfreie Mindestrente zu erreichen. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Todesfallsumme bzw. der Jahresleistung bei der Rentenversicherung bzw. der Beitragssumme bei einer Fondsgebundenen Versicherung kann sich durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ändern. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung der nicht verbrauchten Beitragsteile.

(6) Eine Fortführung der BUZ unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 5 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Andernfalls werden die zu erstattenden Beitragsteile (vgl. Absatz 2) der BUZ zur Erhöhung der beitragsfrei versicherten Leistung(en) der Hauptversicherung und der weiter bestehenden Zusatzversicherungen verwendet.

(7) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 6 entsprechend. Sofern die Leistungen aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise reduziert werden, muss die Leistung einer versicherten Berufsunfähigkeitsrente angepasst werden, wenn die Höchstreite überschritten wird.

(8) Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der BUZ, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung und den ggf. eingeschlossenen sonstigen Zusatzversicherungen (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(9) Ansprüche aus der BUZ, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung bzw. durch Ablauf der Hauptversicherung nicht berührt.

(10) Ansprüche aus der BUZ können weder abgetreten, verpfändet noch beliehen werden.

(11) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die jeweilige Hauptversicherung sowie ggf. die Besonderen Bedingungen für die Anpassungsversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Wann können Sie die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?

Stellen Sie ihre Hauptversicherung teilweise oder vollständig beitragsfrei, so können Sie Ihren Berufsunfähigkeitsschutz in einem separaten selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung aufrechterhalten.

Für den neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrag gilt:

- Das Ende der Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer bleibt gegenüber der bisherigen Berufsunfähigkeitsversicherung unverändert.
- Der Beitragsberechnung werden das zum Versicherungsbeginn des neuen Versicherungsvertrags erreichte rechnerische Alter und der für den Neuzugang offene Tarif mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Dabei ist das rechnerische Alter die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- Alle sonstigen dem bisherigen Versicherungsvertrag zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen, wie Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln, gelten auch für den neuen Versicherungsvertrag.
- Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente entspricht der Rente des bisherigen Vertrages zum Zeitpunkt des Wechsels. Bei Beitragsverrechnung als Form der Überschussverwendung im bisherigen Vertrag entspricht dies der garantierten Rente inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik. Bei BU-Bonus als Form der Überschussverwendung entspricht dies der garantierten Rente zuzüglich Bonus, inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik.

Den Antrag auf Abschluss des selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrags können Sie innerhalb von 3 Monaten nach Wirksamwerden der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung stellen. Bei Wiederinkraftsetzung Ihrer Hauptversicherung kann die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht ohne erneute Gesundheitsprüfung reaktiviert werden. Der Berufsunfähigkeitsschutz bleibt im separaten Vertrag versichert.

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Überschussermittlung

(1) Die Überschussermittlung erfolgt entsprechend der Hauptversicherung (vgl. den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung).

Überschussbeteiligung

(2) Die BUZ ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zum Gewinnverband 809 in der Bestandsgruppe 14; Versicherungen im Produktbereich „Kollektiv Spezial“ sind der Bestandsgruppe 25 zugeordnet. Die Festlegung und Änderung der Überschussbeteiligung erfolgt nach den gleichen Grundsätzen wie bei der Hauptversicherung. Zusätzlich erfolgt bei der BUZ eine Differenzierung der Überschussbeteiligung nach Berufsgruppen. Maßgebend für die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe ist der im Antrag festgehaltene Beruf mit Angabe der Tätigkeit. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

(3) Die BUZ-Vertragsteile B und R sind entsprechend der vertraglichen Vereinbarung – siehe hierzu auch die Police – an dem erwirtschafteten Überschuss beteiligt:

Beitragsverrechnung:

Zu Beginn eines jeden Beitragszahlungsabschnitts wird ein Zusatzüberschussanteil zugeteilt.

Bezugsgröße ist der zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuelle Bruttobeitrag.

Verwendung: Der Überschussanteil vermindert den zu zahlenden Beitrag bzw. die Beitragsrate. Sie zahlen also nicht den vollen, sondern nur einen ermäßigten Beitrag. Die Höhe der Ermäßigung kann allerdings nicht für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert werden.

Wird eine Versicherung beitragsfrei gestellt, und galt bisher die Beitragsverrechnung als vereinbart, so erfolgt automatisch der Wechsel zur Überschussverwendungsform „Verzinsliche Ansammlung“.

Verzinsliche Ansammlung:

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – wird ein Zusatzüberschussanteil fällig.

Bezugsgröße ist der Risikobeitrag des Vorjahres.

Beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem Zusatzüberschussanteil zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil.

Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Überschussanteile werden verzinslich angesammelt.

Bei Beendigung der BUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikolebensversicherung wird das Guthaben mit Beendigung der BUZ ausgezahlt.

Berufsunfähigkeitsbonus (BU-Bonus):

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird ein BU-Bonus festgelegt.

Bezugsgröße hierfür ist die versicherte Leistung des betreffenden Versicherungsjahres.

Solange kein Leistungsbezug erfolgt, wird der BU-Bonus Jahr für Jahr neu festgelegt.

Führt eine Neufestlegung der jährlichen Überschussanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so haben Sie das Recht – sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist – die garantierte Berufsunfähigkeitsrente zur nächsten Beitragsfälligkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass die Höhe des bisherigen Berufsunfähigkeitszuschusses (einschließlich Bonus) erhalten bleibt. Maßgebend für die Bestimmung des neuen Beitrags ist der beim ursprünglichen Abschluss gültige Tarif. Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente inklusive Bonus teilen wir Ihnen jährlich in der Wertbestätigung mit. Die Erhöhung ist spätestens 6 Wochen nach der Hauptfälligkeit (Jahrestag des Versicherungsbegins) des Jahres, in dem die Änderung des Berufsunfähigkeitsbonus erfolgt ist, schriftlich zu beantragen. Verwendung: Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit – bei Vereinbarung einer Karenzzeit erstmals nach deren Ablauf – wird der BU-Bonus zusätzlich zu den versicherten BUZ-Leistungen gezahlt. Maßgeblich für die Höhe des BU-Bonus ist der im Jahr des Eintritts der BU deklarierte Überschussanteilsatz. Der BU-Bonus wird jeweils bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch für die Dauer der Berufsunfähigkeit, gezahlt.

Beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem BU-Bonus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil.

Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Grundüberschussanteile werden verzinslich angesammelt.

Bei Beendigung der BUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikolebensversicherung wird das Guthaben mit Beendigung der BUZ ausgezahlt.

Im Falle der Berufsunfähigkeit

(4) Hier gilt unabhängig von der vereinbarten Überschussverwendungsform folgende Überschussbeteiligung:

BUZ-B

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen nach BUZ-B im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf das Jahr des Eintritts der Berufsunfähigkeit folgt, gewährt.

Bezugsgröße ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Bei unterjährigem Eintritt der Berufsunfähigkeit erfolgt die erste Gewährung des Überschusses anteilig.

Verwendung: Der Überschuss wird verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der BUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikolebensversicherung wird das Guthaben mit Beendigung der BUZ ausgezahlt.

BUZ-R

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen nach BUZ-R im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der

Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres gewährt, das auf das Jahr des Eintritts der Berufsunfähigkeit folgt. Bezugsgröße hierfür ist die BUZ-Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres.

Verwendung: Die Überschüsse werden zur Erhöhung der BUZ-Rente verwendet.

Bei unterjährigem Eintritt der Berufsunfähigkeit erfolgt eine anteilige Erhöhung der BUZ-Rente.

Die BUZ-Rente aus Überschuss wird erstmals nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

Schlussüberschussanteil

(5) Ist die versicherte Person während der Versicherungsdauer der BUZ nicht berufsunfähig geworden, so ist bei Beendigung der BUZ durch

- Tod der versicherten Person, oder

- Ablauf der Versicherungsdauer vor Eintritt der Berufsunfähigkeit, ein Schlussüberschussanteil in Prozent der überschussberechtigten Beitragssumme⁴⁾ für die BUZ vorgesehen.

Dieser Überschuss wird zur Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet.

Maßgeblich für die Höhe des Schlussüberschussanteils sind die im Kalenderjahr des Ablaufs der BUZ-Versicherungsdauer bzw. des Todes der versicherten Person jeweils festgelegten Überschussanteilsätze.

§ 12 Können die Beiträge angepasst werden?

Ein durch die laufenden Überschussanteile ermäßigter Beitrag (vgl. § 11 Absatz 3 Beitragsverrechnung) kann sich naturgemäß je nach Überschussergebnis verändern. Auf das weitergehende Recht zur Anpassung der Beiträge nach § 163 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verzichten wir.

§ 13 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

Ihre Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

§ 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

(1) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann wegen einer Elternzeit bis zur Mindestrente von 60 EUR jährlich abgesenkt werden. Diese Anpassungsmöglichkeit besteht jedes Mal bei Vorliegen von Elternzeit gemäß den gesetzlichen bzw. tarifvertraglichen Bestimmungen. Sie ist durch formlose Erklärung uns gegenüber geltend zu machen, die uns innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Elternzeit zugehen muss. Wir sind berechtigt, Nachweise für den Beginn der Elternzeit zu verlangen.

(2) Wurde wegen einer Elternzeit eine Reduzierung des Beitrags oder eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung vorgenommen, kann die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitneh-

mer innerhalb von 3 Monaten nach Ablauf der Elternzeit und Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit verlangen, dass der Versicherungsvertrag ohne Gesundheitsprüfung zu den vor der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt wird. Das Verlangen kann durch formlose Erklärung, die uns innerhalb der in Satz 1 genannten 3 Monate zugehen muss, gestellt werden.

Voraussetzung für die Wiederinkraftsetzung bzw. Erhöhung der Beiträge ist, dass eine jährliche Mindestrente von 300 EUR erreicht wird.

-
- 1) Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht.
 - 2) Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.
 - 3) Das Gleiche gilt bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages durch Inanspruchnahme der Flexiblen Altersgrenze (vgl. die entsprechenden Regelungen in den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen).
 - 4) Die überschussberechtigte Beitragssumme entspricht der Summe der BUZ-Brutto-Beiträge, sofern die deklarierte Wartezeit für den Schlussüberschuss erfüllt ist. Die Wartezeit gilt nach jeder Erhöhung der Beiträge für diese Erhöhungsbeiträge jeweils neu.

Besondere Bedingungen

für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?
- § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?
- § 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit?
- § 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?
- § 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 10 Wann können Sie in eine selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung wechseln?
- § 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 12 Können die Beiträge angepasst werden?
- § 13 Wann verjähren die Ansprüche aus Versicherungen?
- § 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Erwerbsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer¹⁾ erwerbsunfähig, so erbringen wir – je nach vertraglicher Vereinbarung – folgende Versicherungsleistungen:

Beitragsbefreiung (EUZ-B)

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Werden nach Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit Leistungen erbracht, so muss nach Ablauf der für die Beitragsbefreiung vereinbarten Leistungsdauer²⁾ trotz einer gegebenenfalls weiter bestehenden Erwerbsunfähigkeit die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und die gegebenenfalls eingeschlossenen Zusatzversicherungen wieder aufgenommen werden, sofern die Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet ist.

Rente (EUZ-R)

Zahlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, der auf

den Monat folgt, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

Anspruchsentstehung

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. **Ebenso setzt der Beginn einer eventuell vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Monats ein, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Endet die Erwerbsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Erwerbsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.**

Berufliche Integrations- und Rehabilitationsberatung

Bei Eintritt des Versicherungsfalles bietet unsere Gesellschaft kostenfrei die Möglichkeit einer beruflichen Integrations- und Rehabilitationsberatung an. Gegenstand der Beratung sind z. B. Fragen der medizinischen Versorgung, mögliche Rehabilitationsmaßnahmen, Möglichkeiten einer beruflichen Integration durch Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen oder einer Integration in einen anderen Beruf. Diese Beratung wird von uns bzw. durch von uns beauftragte anerkannte Fachleute angeboten.

Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll erkannte Maßnahmen werden von uns eingeleitet und begleitet.

Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Erlöschen des Anspruchs

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn die versicherte Person stirbt oder die jeweilige Leistungsdauer der EUZ abläuft.

Beitragszahlung während Leistungsprüfung

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Dynamik im Leistungsfall von EUZ-B

(5) Haben Sie mit uns die dynamische Anpassung bei Erwerbsunfähigkeit vereinbart, so gilt Folgendes:

- a) Voraussetzung für die Dynamik im EUZ-B-Leistungsfall ist, dass zum Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit die planmäßige Erhöhung in die Hauptversicherung eingeschlossen ist.
- b) Die Leistung aus der EUZ-B steigt jährlich um den hierfür vereinbarten Prozentsatz – erstmalig zum Jahrestag, der auf den Monat des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit folgt. Der Mehrbeitrag wird zur Erhöhung der Versicherungssumme der Hauptversicherung verwendet. Die Versicherungsleistungen der Hauptversicherungen werden somit auch im Falle einer Erwerbsunfähigkeit weiter erhöht. Einzelheiten zur Berechnung der Erhöhung sind in den Besonderen Bedingungen für die Anpassungsversicherung festgelegt. Die Erhöhungen erfolgen, solange Anspruch auf Beitragsbefreiung aus EUZ-B besteht.
- c) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Beitragsbefreiung endet, lebt Ihre Pflicht zur Zahlung der Beiträge für die Hauptversicherung und alle Zusatzversicherungen wieder auf. Die Höhe des Beitrages bemisst sich an den zu diesem Zeitpunkt geltenden versicherten Leistungen, einschließlich etwaiger Erhöhungen aus der dynamischen Anpassung im Falle der Erwerbsunfähigkeit.

- d) Erlischt das Recht auf dynamische Anpassung der Hauptversicherung, so wird das Recht auf die Dynamik im Leistungsfall von EUZ-B ausgeschlossen. Der Beitrag für die EUZ wird dann neu berechnet.

(6) Für Schüler, Auszubildende und Studenten kann eine Umstellung auf eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) erfolgen, sobald eine Berufsausbildung/-tätigkeit begonnen bzw. aufgenommen wurde, bei der Versicherungsschutz auch im Falle einer Berufsunfähigkeit geleistet werden kann. Dieser Umstand muss innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Berufsausbildung/-tätigkeit angezeigt werden. Die Umstellung erfolgt mit Eingang der Meldung, frühestens mit Aufnahme der Berufsausbildung/-tätigkeit. Der Beitrag sowie die Höhe der Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden dann aufgrund des Berufes neu festgelegt.

Erfolgt die Anzeige über die Aufnahme der Berufsausbildung/-tätigkeit nach Ablauf der sechs Monate, wird die Umstellung von dem Ergebnis einer neuen versicherungsmedizinischen Prüfung abhängig gemacht.

§ 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Erwerbsunfähig ist die versicherte Person, die infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande sein wird, mindestens 3 Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

(2) Als Erwerbstätigkeit im Sinne von Absatz 1 gelten selbstständige Tätigkeiten sowie die üblichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Tätigkeiten, die auf die besonderen gesundheitlichen Einschränkungen der versicherten Person zugeschnitten sind oder zugeschnitten werden müssen, zählen nicht zu den üblichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

(3) Ob die versicherte Person in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, richtet sich allein nach ihren gesundheitlichen Verhältnissen; der zuletzt ausgeübte Beruf, die vorhandenen und erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse, die bisherige Lebensstellung, die Einkommensverhältnisse sowie die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt.

(4) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, ununterbrochen wenigstens 6 Monate außerstande gewesen, mindestens 3 Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auszuüben, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Erwerbsunfähigkeit. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Erwerbsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht

wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

- b) durch innere Unruhe, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden 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;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- g) 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) Der Versicherungsschutz für die EUZ besteht nur so lange, wie die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz in den Ländern Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Liechtenstein, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien oder den Vereinigten Staaten von Amerika hat, und sich nicht länger als sechs Monate außerhalb der angegebenen Länder aufhält; es sei denn, wir haben einer Ausdehnung des Versicherungsschutzes schriftlich zugestimmt. Eine eingetretene Leistungspflicht aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleibt jedoch in der anerkannten Höhe bestehen.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein,
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit,
- 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,
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Leistungsregulierung und Nachregulierungen für die EUZ werden in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Ärztliche Berichte und Untersuchungen werden nur anerkannt, wenn sie von einem in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Arzt erstellt bzw. durchgeführt worden sind. Die Arztberichte sind in deutscher Sprache zu verfassen. Bei gegebener Leistungspflicht ist ein inländisches Konto anzugeben.

(3) 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. Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder sonstigen Heilbehandlern, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, anderen Personenversicherern und frühere und aktuelle Krankenkassen (gesetzliche und private), Sozialversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten sowie derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann.

Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung hat die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs. Sachdienlich sind auch die Auskünfte, die dem Versicherer die Prüfung ermöglichen, ob bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden.

(4) Lassen Sie operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Erwerbsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Sie sind allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse 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. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie zum Beispiel das Einhalten von Diäten, 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 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Während der Prüfung Ihres Leistungsanspruchs werden wir Sie über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen informieren.

Eine Information über den Sachstand erfolgt spätestens alle 6 Wochen.

(3) Wir können in begründeten Einzelfällen längstens für 18 Monate oder, falls im Interesse des Versicherungsnehmers stehend, auch länger einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Es ist bis zum Ablauf der Frist für uns bindend.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit nachzuprüfen. Für die Dauer einer zeitlich befristeten Anerkenntnis nach § 5 erfolgt keine Nachprüfung.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(3) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Erwerbsunfähigkeit weggefallen, können wir unsere Leistungen einstellen. 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, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt der Versicherte erlischt die Leistungsverpflichtung mit dem Tag des Todes.

(5) Liegt der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit länger zurück und ist die Erwerbsunfähigkeit bei Anmeldung der Ansprüche wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem die Erwerbsunfähigkeit weggefallen ist.

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig 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. Die Ansprüche aus der EUZ bleiben 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. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. **Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühstens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.**

§ 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Abweichend von den Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) können wir die dort genannten Rechte (Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung) innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben.

Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt beträgt die Frist zehn Jahre.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die EUZ bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen mit Beendigung der Aufschubzeit, erlischt auch der Versicherungsschutz aus der EUZ³⁾.

(2) Eine EUZ, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In ihren letzten fünf Versicherungsjahren kann die EUZ jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Ein Rückkaufswert steht nicht zur Verfügung. Gegebenenfalls zur Verfügung stehende nicht verbrauchte Beitragsteile erstatten wir im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung.

Von dem so ermittelten Betrag wird kein Abzug einbehalten. Beitragsrückstände werden verrechnet.

(3) Eine beitragsfreigestellte EUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – die nicht verbrauchten Beitragsteile im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zurück. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung. Ein Abzug wird nicht erhoben.

Eine EUZ gegen Einmalbeitrag oder eine deren Beitragszahlungsdauer abgelaufen ist, können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – die nicht verbrauchten Beitragsteile im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zurück. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung.

Von dem so ermittelten Betrag wird kein Abzug einbehalten.

Von der Kündigungsmöglichkeit der EUZ ausgenommen sind Verträge während der beitragsfreien Zeit aufgrund einer anerkannten Erwerbsunfähigkeit.

(4) Eine Kündigung der EUZ zusammen mit der Hauptversicherung ist nicht möglich, falls es sich bei der Hauptversicherung um eine Rentenversicherung ohne Hinterbliebenenleistung in der Aufschubzeit handelt.

(5) Die EUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die Umwandlung ist jedoch nur möglich, wenn das Deckungskapital der EUZ ausreicht, eine beitragsfreie Mindestrente zu erreichen. Das Verhältnis zwischen der Erwerbsunfähigkeitsrente und der

Todesfallsumme bzw. der Jahresleistung bei der Rentenversicherung bzw. der Beitragssumme bei einer Fondsgebundenen Versicherung kann sich durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ändern. Die beitragsfreie Erwerbsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung der nicht verbrauchten Beitragsteile.

(6) Eine Fortführung der EUZ unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 5 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Andernfalls werden die zu erstattenden Beitragsteile (vgl. Abs. 2) der EUZ zur Erhöhung der beitragsfrei versicherten Leistung(en) der Hauptversicherung und der weiter bestehenden Zusatzversicherungen verwendet.

(7) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 6 entsprechend. Sofern die Leistungen aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise reduziert werden, muss die Leistung einer versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente angepasst werden, wenn die Höchstrente überschritten wird.

(8) Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der EUZ, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung und den ggf. eingeschlossenen sonstigen Zusatzversicherungen (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(9) Ansprüche aus der EUZ, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Erwerbsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung bzw. durch Ablauf der Hauptversicherung nicht berührt.

(10) Ansprüche aus der EUZ können weder abgetreten, verpfändet noch beliehen werden.

(11) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die jeweilige Hauptversicherung sowie ggf. die Besonderen Bedingungen für die Anpassungsversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Wann können Sie in eine selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung wechseln?

Stellen Sie ihre Hauptversicherung teilweise oder vollständig beitragsfrei, so können Sie Ihren Erwerbsunfähigkeitsschutz in einem separaten selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung aufrechterhalten.

Für den neuen selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrag gilt:

- Das Ende der Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer bleibt gegenüber der bisherigen Berufsunfähigkeitsversicherung unverändert.
- Der Beitragsberechnung werden das zum Versicherungsbeginn des neuen Versicherungsvertrags erreichte rechnungsmäßige Alter und der für den Neuzugang offene Tarif mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Dabei ist das rechnungsmäßige Alter die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- Alle sonstigen dem bisherigen Versicherungsvertrag zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen, wie Risikozuschläge,

Risikoausschlüsse und Klauseln, gelten auch für den neuen Versicherungsvertrag.

- Die Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente entspricht der Rente des bisherigen Vertrags zum Zeitpunkt des Wechsels. Bei Beitragsverrechnung als Form der Überschussverwendung im bisherigen Vertrag entspricht dies der garantierten Rente inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik. Bei EU-Bonus als Form der Überschussverwendung entspricht dies der garantierten Rente zuzüglich Bonus, inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik.

Den Antrag auf Abschluss des selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrags können Sie innerhalb von 3 Monaten nach Wirksamwerden der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung stellen. Bei Wiederinkraftsetzung Ihrer Hauptversicherung kann die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht ohne erneute Gesundheitsprüfung reaktiviert werden. Der Erwerbsunfähigkeitsschutz bleibt im separaten Vertrag versichert.

§ 11 Wie sind Sie als Versicherungsnehmer an unseren Überschüssen beteiligt?

Überschussermittlung

(1) Die Überschussermittlung erfolgt entsprechend der Hauptversicherung (vgl. den entsprechenden Paragrafen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung).

Überschussbeteiligung

(2) Die EUZ ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zum Gewinnverband 809 in der Bestandsgruppe 14; Versicherungen im Produktbereich „Kollektiv Spezial“ sind der Bestandsgruppe 25 zugeordnet. Die Festlegung und Änderung der Überschussbeteiligung erfolgt nach den gleichen Grundsätzen wie bei der Hauptversicherung. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

(3) Die EUZ-Vertragsteile B und R sind entsprechend der vertraglichen Vereinbarung – siehe hierzu auch die Police – an dem erwirtschafteten Überschuss beteiligt.

Beitragsverrechnung

Zu Beginn eines jeden Beitragszahlungsabschnitts wird ein Zusatzüberschussanteil zugeteilt.

Bezugsgröße ist der zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuelle Bruttobeitrag.

Verwendung: Der Überschussanteil vermindert den zu zahlenden Beitrag bzw. die Beitragsrate. Sie zahlen also nicht den vollen, sondern nur einen ermäßigten Beitrag. Die Höhe der Ermäßigung kann allerdings nicht für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert werden.

Wird eine Versicherung beitragsfrei gestellt, und galt bisher die Beitragsverrechnung als vereinbart, so erfolgt automatisch der Wechsel zur Überschussverwendungsform „Verzinsliche Ansammlung“.

Verzinsliche Ansammlung

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – wird ein Zusatzüberschussanteil fällig. Bezugsgröße ist der Risikobeitrag des Vorjahres.

Beitragsfreie Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem Zusatzüberschussanteil zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil.

Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigende Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven

Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Überschussanteile werden verzinslich angesammelt.

Bei Beendigung der EUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikolebensversicherung wird das Guthaben mit Beendigung der EUZ ausgezahlt.

Erwerbsunfähigkeitsbonus (EU-Bonus)

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird ein EU-Bonus festgelegt.

Bezugsgröße hierfür ist die versicherte Leistung des betreffenden Versicherungsjahres.

Solange kein Leistungsbezug erfolgt, wird der EU-Bonus Jahr für Jahr neu festgelegt.

Führt eine Neufestlegung der jährlichen Überschussanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so haben Sie das Recht – sofern noch keine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist – die garantierte Erwerbsunfähigkeitsrente zur nächsten Beitragsfälligkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass die Höhe des bisherigen Erwerbsunfähigkeits-Schutzes (einschließlich Bonus) erhalten bleibt. Maßgebend für die Bestimmung des neuen Beitrags ist der beim ursprünglichen Abschluss gültige Tarif. Die Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente inklusive Bonus teilen wir Ihnen jährlich in der Wertbestätigung mit. Die Erhöhung ist spätestens 6 Wochen nach der Hauptfälligkeit (Jahrestag des Versicherungsbegins) des Jahres, in dem die Änderung des Erwerbsunfähigkeits-Bonus erfolgt ist, schriftlich zu beantragen.

Verwendung: Bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit – bei Vereinbarung einer Karenzzeit erstmals nach deren Ablauf – wird der EU-Bonus zusätzlich zu den versicherten EUZ-Leistungen gezahlt. Maßgeblich für die Höhe des EU-Bonus ist der im Jahr des Eintritts der EU deklarierte Überschussanteilsatz. Der EU-Bonus wird jeweils bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, gezahlt.

Beitragsfreie Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem EU-Bonus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil.

Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigende Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Grundüberschussanteile werden verzinslich angesammelt.

Bei Beendigung der EUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikolebensversicherung wird das Guthaben mit Beendigung der EUZ ausgezahlt.

Im Falle der Erwerbsunfähigkeit

(4) Hier gilt unabhängig von der vereinbarten Überschussverwendungsform folgende Überschussbeteiligung:

EUZ-B

Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen nach EUZ-B im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf das Jahr des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit folgt, gewährt.

Bezugsgröße ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigende Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am

Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Bei unterjährigem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erfolgt die erste Gewährung des Überschusses anteilig.

Verwendung: Der Überschuss wird verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der EUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikolebensversicherung wird das Guthaben mit Beendigung der EUZ ausgezahlt.

EUZ-R

Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen nach EUZ-R im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf das Jahr des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit folgt, gewährt.

Bezugsgröße hierfür ist die EUZ-Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres.

Verwendung: Die Überschüsse werden zur Erhöhung der EUZ-Rente verwendet.

Bei unterjährigem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erfolgt eine anteilige Erhöhung der EUZ-Rente.

Die EUZ-Rente aus Überschuss wird erstmals nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

Schlussüberschussanteil

(5) Ist die versicherte Person während der Versicherungsdauer der EUZ nicht erwerbsunfähig geworden, so ist bei Beendigung der EUZ durch

- Tod der versicherten Person, oder

▪ Ablauf der Versicherungsdauer vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit, ein Schlussüberschussanteil in Prozent der überschussberechtigten Beitragssumme⁴⁾ für die EUZ vorgesehen.

Dieser Überschuss wird zur Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet.

Maßgeblich für die Höhe des Schlussüberschussanteils sind die im Kalenderjahr des Ablaufs der EUZ-Versicherungsdauer bzw. des Todes der versicherten Person jeweils festgelegten Überschussanteilsätze.

§ 12 Können die Beiträge angepasst werden?

Ein durch die laufenden Überschussanteile ermäßigter Beitrag (siehe hierzu § 11 Absatz 3) kann sich naturgemäß, je nach Überschussergebnis, verändern. Auf das weitergehende Recht zur Anpassung der Beiträge nach § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verzichten wir.

§ 13 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

Ihre Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den

Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

§ 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

(1) Die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente kann wegen einer Elternzeit bis zur Mindestrente von 60 EUR jährlich abgesenkt werden. Diese Anpassungsmöglichkeit besteht jedes Mal bei Vorliegen von Elternzeit gemäß den gesetzlichen bzw. tarifvertraglichen Bestimmungen. Sie ist durch formlose Erklärung uns gegenüber geltend zu machen, die uns innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Elternzeit zugehen muss. Wir sind berechtigt, Nachweise für den Beginn der Elternzeit zu verlangen.

(2) Wurde wegen einer Elternzeit eine Reduzierung des Beitrags oder eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung vorgenommen, kann die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer innerhalb von 3 Monaten nach Ablauf der Elternzeit und Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit verlangen, dass der Versicherungsvertrag ohne Gesundheitsprüfung zu den vor der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt wird. Das Verlangen kann durch formlose Erklärung, die uns innerhalb der in Satz 1 genannten 3 Monate zugehen muss, gestellt werden.

Voraussetzung für die Wiederinkraftsetzung bzw. Erhöhung der Beiträge ist, dass eine jährliche Mindestrente von 300 EUR erreicht wird

1) Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht.

2) Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.

3) Das Gleiche gilt bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages durch Inanspruchnahme der flexiblen Altersgrenze (vgl. die entsprechenden Regelungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung).

4) Die überschussberechtigte Beitragssumme entspricht der Summe der EUZ-Brutto-Beiträge, sofern die deklarierte Wartezeit für den Schlussüberschuss erfüllt ist. Die Wartezeit gilt gesondert für die jeweiligen Beitragsteile, die durch Erhöhung entstehen.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss einer Lebensversicherung 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 Vertragsbedingungen 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:
Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG,
Poppelsdorfer Allee 25-33,
53115 Bonn.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0228 268 7777.

Bitte geben Sie in Ihrer Widerrufserklärung auch die Vertragsnummer an.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, 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 pro Tag zwischen dem Beginn des Versicherungsschutzes und dem Zugang der Widerrufserklärung um einen Betrag in Höhe von 1/365 des für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzahlender Beiträge 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.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die – wie z. B. beim Arzt – einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten bzw. die Erklärung zur Schweigepflichtentbindung wird im Bedarfsfall eingeholt.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer und Mitversicherer (Konsortialpartner)

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

Als Mitversicherer (Konsortialpartner) sind die in Ihrem persönlichen Vorschlag genannten Lebensversicherer in Höhe eines jeweiligen prozentualen Anteils an Ihrem Versicherungsvertrag beteiligt. Die genaue Aufteilung und die Anschrift der beteiligten Versicherer finden Sie in diesem Fall in der in Ihrem persönlichen Vorschlag enthaltenen „Information zur Konsortialversicherung“. Im Rahmen der Antragsbearbeitung sowie der Durchführung Ihres Versicherungsvertrages kann es z. B. zur Weitergabe Ihrer allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten an die Konsortialpartner und die mit ihnen verbundenen Unternehmen kommen. Die beteiligten Unternehmen sind in jedem Fall gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens bzw. Leistungsfalles kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, Anfragen an das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS), das von informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH Rheinstraße 99 76532 Baden-Baden als Auskunftsbetrieb betrieben wird, bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Anbei erhalten Sie eine Erläuterung zu dem HIS sowie unter www.informa-irfp.de finden Sie nähere Informationen.

Lebensversicherung

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie das Bestehen von Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Gemeldet werden können außerdem das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zur Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen.

Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind.

Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen.

Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder – soweit zulässig – auf gesetzlicher Grundlage.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Versicherungsgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Ihre Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sogenannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Versicherungsgruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen benötigt und verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- und Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

- DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
- DEUTSCHER HEROLD Aktiengesellschaft
- Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
- Zurich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland)
- Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland
- Zürich IT Service AG Niederlassung für Deutschland
- Zürich Leben Service AG Niederlassung für Deutschland
- Zurich Rechtsschutz-Schadenservice GmbH
- Bonner Akademie Gesellschaft für DV- und Management Training, Bildung und Beratung mbH
- Zurich Service GmbH
- Bonnfinanz AG für Vermögensberatung und Vermittlung
- Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft
- Zürich Vertriebs GmbH
- TDG Tele-Dienste GmbH
- ADAC Autoversicherung AG
- Zurich Kunden Center GmbH
- Baden-Badener Versicherung AG
- Real Garant Versicherung AG

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen und Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten.

Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebotes unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler beraten und betreut. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen u. a. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für die Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.