

BEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN

BED16

LEBENSVERSICHERUNG

**BEDINGUNGEN / STEUER-INFORMATIONEN / LEXIKON /
MERKBLATT ZUR ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG**

STAND 01/2016

INHALTSVERZEICHNIS

WICHTIGE INFORMATION: Merkblatt zur Anzeigepflichtverletzung / ANZ15	1
Kleines Lexikon der Versicherungsbegriffe / LEX13	2
Allgemeine Bedingungen für die Lebensversicherung / ALB15	3 – 8
Besondere Bedingungen für die kapitalbildende Versicherung / L15	9 – 10
Besondere Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik / D13	11 – 12
Besondere Bedingungen für den Altersvorsorgevertrag / AVV16	13 – 15
Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung / T16	16 – 20
Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung FIT / TF16	21 – 24
Besondere Bedingungen für Dynamik bei Risikoversicherungen / TD16	25
Besondere Bedingungen für die Fonds-Rentenversicherung / FR15	26 – 31
Besondere Bedingungen für die Sofortrente / R15	32
Besondere Bedingungen für die Bausteinrente / B16	33 – 35
Besondere Bedingungen für die Basisrente / RB16	36 – 39
Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Basisrentenversicherung / FRB16	40 – 45
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung Comfort-BUZ / BU16	46 – 51
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung Comfort-BUZ PLUS / BUP16	52 – 57
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Basisrente / BUB15	58 – 62
Besondere Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung / EUZ16	63 – 68
Besondere Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung / UZ10	69 – 70
Besondere Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung / HRZ16	71
Besondere Bedingungen für den Sparplan / S15	72 – 73
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikoversicherung / WV15	74 – 75
Sonder-Bestimmungen Betriebliche Altersversorgung / BAV16	76 – 77
Steuern und Lebensversicherung / ST01/16	78 – 81
Informationen zum Rechtsweg und Beschwerdeverfahren / IRB16	82

MERKBLATT ZUR ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie keine oder nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den gesetzlichen Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikoausschluss oder Beitragszuschlag), geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht, unrichtig oder unvollständig angegebene Umstand

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (Risikoausschluss oder Beitragszuschlag, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikoausschluss oder Beitragszuschlag), geschlossen hätten, werden diese auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann bei einem rückwirkenden Risikoausschluss zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen. Bei einer schuldlosen Verletzung der Anzeigepflicht verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsänderung.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur 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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

KLEINES LEXIKON DER VERSICHERUNGSBEGRIFFE

Beitragsfreie Versicherung:

Eine Versicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind, z. B. bei gezahltem Einmalbeitrag oder bei Umwandlung einer Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit entsprechender Reduzierung der Versicherungssumme.

Beitragszahler:

Grundsätzlich zahlt der Versicherungsnehmer die Beiträge. Zahlt eine dritte Person die Beiträge, erwirbt diese hierdurch keine Rechte aus dem Versicherungsvertrag. Bei steuerlich geförderten Verträgen (Riester- und Basisrente) ist eine Zahlung des Beitrags durch Dritte nicht möglich.

Beitragszahlungsdauer:

Der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

Bewertungsreserven:

Der Wert, der entsteht, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Buchwert liegt.

Bezugsrecht:

Das vom Versicherungsnehmer durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherer einem anderen eingeräumte Recht, über die fällige Versicherungsleistung zu verfügen. In der Regel kann das Bezugsrecht bis zum Eintritt des Versicherungsfalles widerrufen werden (**widerrufliches Bezugsrecht**), falls nicht der Versicherungsnehmer bei der Bestellung erklärt hat, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Bezugsrecht erwerben soll (**unwiderrufliches Bezugsrecht**). Der unwiderruflich Bezugsberechtigte erhält eine so starke Vermögensposition, dass er bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer den Rückkaufswert erhält. Im Todesfall erwirbt der Bezugsberechtigte die Versicherungsleistung direkt und nicht über den Nachlass, so dass sich ein Erbschein erübrigt. Bei steuerlich geförderten Verträgen (Riester- und Basisrente) darf nicht jeder beliebige Dritte ein Bezugsrecht erhalten, da nach den einschlägigen steuerlichen Vorschriften nur bestimmte, dem Versicherungsnehmer nahestehende Personen benannt werden dürfen.

Direktversicherung:

Schließt der Arbeitgeber für seine Mitarbeiter eine Lebensversicherung ab, wobei Letztere direkt bezugsberechtigt sind, spricht man von einer Direktversicherung. Der Arbeitgeber ist in diesem Fall Versicherungsnehmer, der Mitarbeiter versicherte Person und Bezugsberechtigter.

Einlösungsbeitrag:

Der erste zu zahlende Beitrag. Seine Zahlung ist eine Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes.

Einmalbeitrag:

Der Beitrag wird für die gesamte Versicherungsdauer im Voraus entrichtet.

Rechnungsgrundlagen:

Diese sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. In der Regel sind dies die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.

Rechnungszins:

Der Rechnungszins ist die garantierte Verzinsung des Deckungskapitals.

Rentengarantiezeit:

Der Zeitraum, für den die vereinbarte Rente ab Rentenzahlungsbeginn in jedem Fall gezahlt wird, auch wenn die versicherte Person vorher stirbt.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB):

Ein Posten in der Bilanz eines Versicherungsunternehmens, der die Beträge umfasst, die grundsätzlich für die Ausschüttung an die Versicherungsnehmer reserviert sind.

Sterbetafel:

Sie beziffert Sterbewahrscheinlichkeiten, die zur Kalkulation von Versicherungstarifen verwendet werden.

Textform:

Eine Erklärung kann per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.

Versicherter (Versicherte Person):

Auf sein Leben wird die Versicherung abgeschlossen. Nach seinen Risikomerkmale wie z. B. Alter oder Beruf bestimmen sich Beitragshöhe und Versicherungsleistung. Je nach Tarif wird bei Tod, Erleben des Vertragsablaufs oder des Rentenbeginns bzw. Berufs-/Erwerbsunfähigkeit des Versicherten die Versicherungsleistung fällig.

Versicherungsdauer:

Der Zeitraum, innerhalb dessen der Versicherungsfall eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.

Versicherungsfall:

Versicherungsfälle sind je nach Tarif Ablauf des Vertrags, Erleben des Rentenbeginns, Tod des Versicherten oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeit. Die Versicherungsfälle Tod und Berufs-/Erwerbsunfähigkeit sind uns unverzüglich anzuzeigen und die in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geforderten Unterlagen sind uns einzureichen.

Versicherungsnehmer:

Der Versicherungsnehmer schließt den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer ab. Er hat die Pflicht zur Beitragszahlung und den Anspruch auf die Versicherungsleistung, sofern er diese nicht jemand anderem zukommen lässt (durch Abtretung, Verpfändung oder Bestellung eines Bezugsrechts).

Versicherungsperiode:

Die Versicherungsperiode umfasst bei einmaliger und jährlicher Beitragszahlung ein Versicherungsjahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.

Versicherungsschein:

Urkunde über den Versicherungsvertrag, die alle wesentlichen Vertragsdaten enthält. Er ist bei Geltendmachung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zu übergeben. Da wir den Inhaber des Versicherungsscheins als anspruchsberechtigt ansehen können (§ 11 ALB), sollte der Versicherungsschein sorgfältig aufbewahrt werden, um nicht in unbefugte Hände zu gelangen. Die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag z. B. an eine Bank erfolgt regelmäßig unter Übergabe des Versicherungsscheins.

Versicherungssumme:

Der vertraglich vereinbarte, im Versicherungsschein ausgewiesene Geldbetrag, der im Versicherungsfall an den Anspruchsberechtigten zur Auszahlung kommen soll. Die Versicherungssumme ist garantiert im Gegensatz zur Überschussbeteiligung, die (soweit vorhanden) variabel ist und zusätzlich zur Versicherungssumme als Versicherungsleistung ausgezahlt oder mit dem Beitrag verrechnet wird.

Wahrscheinlichkeitstafel:

Sie beziffert Invalidisierungswahrscheinlichkeiten, die zur Kalkulation von Versicherungstarifen verwendet werden.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE LEBENSVERSICHERUNG / ALB15

Inhalt

- § 1 Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 2 Bis wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?
- § 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 4 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (Verzug) und welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 5 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Leistungen erbringen wir?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 7 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?
- § 8 Was gilt bei Selbsttötung oder Tötung des Versicherten?
- § 9 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

- § 10 Wo sind die vertraglichen Leistungen zu erfüllen?
- § 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 12 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens und welche sonstigen Mitteilungspflichten bestehen?
- § 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 14 Welche Kosten sind im Beitrag enthalten und was stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
- § 15 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 16 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 17 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt und wie erfahren Sie den Wert Ihrer Versicherung?
- § 18 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen sowie die jeweiligen Besonderen Bedingungen.

§ 1 Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag kommt zustande durch Annahme des Antrags. Ihr weltweiter Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (vgl. § 3 Abs. 5 und § 4).

§ 2 Bis wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen nach Zugang der Vertragsunterlagen durch eine Erklärung in Textform uns gegenüber widerrufen. Über die Einzelheiten Ihres Widerrufsrechts informieren wir Sie in der Verbraucherinformation und im Versicherungsschein.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die von Ihnen zu zahlenden Beiträge entsprechen inhaltlich den Prämien im Sinne von § 1 VVG. Die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch laufende Beitragszahlungen entrichten. Die Beiträge werden zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei einmaliger und jährlicher Beitragszahlung ein Versicherungsjahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.

(2) Die Beiträge können wir unter anderem deswegen so günstig kalkulieren, weil die Beitragszahlung im kostengünstigen Lastschriftverfahren erfolgt. Zur Durchführung des hierzu notwendigen SEPA-Basis-Lastschriftverfahrens sind Sie verpflichtet, uns ein SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen. Darin ermächtigen Sie uns, die fälligen Beiträge von Ihrem angegebenen Konto einzuziehen und weisen zugleich Ihre Bank an, die Lastschriften einzulösen. Soweit Sie uns das SEPA-Lastschriftmandat bei Antragstellung noch nicht in Papierform erteilt haben, müssen Sie dies auf unser Verlangen unverzüglich nachholen. Zahlt ein Dritter die Beiträge für Sie, müssen Sie auf unser Verlangen von dem Dritten das SEPA-Lastschriftmandat in Papierform beibringen.

(3) Nach Vereinbarung können Sie die Beiträge jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen.

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

(5) Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag ohne besondere Aufforderung an uns zu zahlen. Wenn Sie den Beitrag nicht unverzüglich zur Fälligkeit zahlen und Sie dies zu vertreten haben, geraten Sie in Verzug. In diesem Fall sind wir berechtigt, Ihnen Mahnkosten und einen eventuell weitergehenden Schaden zu berechnen. Ist der Einzug der Beiträge im Lastschriftverfahren vereinbart und kann ein Beitrag aus Gründen, die Sie zu vertreten haben (z. B. bei nicht ausreichender Deckung auf Ihrem Konto), nicht fristgerecht eingezogen werden oder widersprechen Sie einer berechtigten Einziehung von Ihrem Konto, so geraten Sie ebenfalls in Verzug, und wir können Ihnen auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Wir sind zu weiteren Abbuchungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet.

(6) Sie können die Stundung der Beiträge für eine Dauer bis zu achtzehn Monaten gegen Zahlung eines Stundungszinses verlangen. Zum Ende des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge zuzüglich der Zinsen nachzahlen oder wahlweise durch eine Vertragsänderung oder – soweit vorhanden – durch eine Verrechnung mit dem Guthaben oder den zugeteilten Überschüssen tilgen.

§ 4 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (Verzug) und welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Rechtzeitigkeit

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in § 3 Abs.5 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer 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.

Einlösungsbeitrag

(2) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen. Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Die Nachzahlung kann nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf erfolgen. Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam, und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

(4) Wichtige Gründe, z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Beiträge für Ihren Versicherungsvertrag nicht mehr aufbringen können. In diesem Fall gibt es grundsätzlich (je nach Tarif) mehrere Möglichkeiten, die Ihnen die Fortführung des Versicherungsschutzes erleichtern können wie z. B. Stundung, Beitragsfreistellung, Verrechnung mit vorhandenen Vertragsguthaben oder verschiedene Formen der Vertragsänderung. Einzelheiten hierzu finden Sie auch in diesen und den anderen für Ihren Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen. Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen schriftlich oder telefonisch gern zur Verfügung, um dann gemeinsam die für Ihren Vertrag möglichen Wege zu erörtern. Falls Sie von uns eine Mahnung erhalten, übersenden wir Ihnen zusätzlich unsere Information zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten.

§ 5 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Leistungen erbringen wir?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise jederzeit in Schriftform (d. h. durch ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück) zum Schluss des laufenden Monats kündigen. Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Der Rückkaufswert erreicht in der Anfangszeit Ihrer Versicherung noch nicht

unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Die Einzelheiten und die Voraussetzungen für eine Auszahlung bei Kündigung sind in den jeweiligen Besonderen Bedingungen geregelt.

Auszahlung des Rückkaufswertes

(2) Nach § 169 VVG haben wir den Rückkaufswert zu erstatten. Er ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Wirksamkeitszeitpunkt der Kündigung berechnete Deckungskapital der Versicherung. Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

(3) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 2 Satz 1 bis 2 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

(4) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 2 und 3 berechneten Rückkaufswert enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 17 zugeteilten Bewertungsreserven.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(5) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Wirksamkeitszeitpunkt der Beitragsfreistellung unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 2 Satz 1 bis 2 errechnet wird. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung stehen noch nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Die Voraussetzungen und die Folgen einer Umwandlung sind in den jeweiligen Besonderen Bedingungen geregelt. Nach jeder Beitragsfreistellung können Sie innerhalb eines Jahres die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wiederherstellen lassen.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform (z. B. Papierform, Internet, E-Mail) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch einen Arzt oder einen anderen Heilbehandler, die auch anzugeben sind, wenn sie von Ihnen für unwesentlich gehalten werden. Stellen wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

Rücktritt

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

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

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir – soweit vorhanden – den Rückkaufswert (§ 5). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

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

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

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 5 Abs. 5).

Vertragsänderung

(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. Erhöht sich durch die Vertragsänderung 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.

Folgen nicht zu vertretender (schuldloser) Anzeigepflichtverletzung

(10) Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung (Beitragserhöhung und/oder Ausschluss) von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen.

Ausübung unserer Rechte

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen un-

serere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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

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

Anfechtung

(14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmementscheidung 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.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung einer Versicherung mit Gesundheitsprüfung 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 schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Nach Ihrem Ableben sind – sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben – neben einem Bezugsberechtigten oder Ihren Erben auch andere Anspruchsberechtigte berechtigt, 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.

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

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

(2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (§ 5), wenn ein solcher im Falle einer Kündigung nach den Besonderen Bedingungen vorgesehen ist. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes der Versicherung (§ 5), sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 8 Was gilt bei Selbsttötung oder Tötung des Versicherten?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung erbringen wir eine für den Todesfall vereinbarte Leistung, wenn seit Abschluss des Vertrages drei Jahre vergangen sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufwert Ihres Vertrages (§ 5). Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

(3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung des Vertrages erweitert wird oder der Vertrag wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

(4) Ist das Leben einer anderen Person versichert, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod des anderen herbeiführen (vgl. § 162 VVG).

§ 9 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir nach Übergabe des Versicherungsscheins.

(2) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Zusätzlich muss uns eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, ergeben. Wer als Erbe die Versicherungsleistung beansprucht, hat zum Nachweis seines Erbrechts einen Erbschein oder eine andere geeignete Urkunde einzureichen

(3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Auskünfte und Nachweise auf Kosten des Anspruchstellers verlangen und zusätzlich auch erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(5) Zu Unrecht empfangene Versicherungsleistungen sind an uns zurückzuzahlen.

(6) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren (vgl. § 195 BGB). Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 10 Wo sind die vertraglichen Leistungen zu erfüllen?

(1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten auf das uns angegebene Konto. Bei Überweisungen in Länder außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder Liechtensteins trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr. Eine Auszahlung in anderer Weise, insbesondere in bar oder per Scheck, ist ausgeschlossen.

(2) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen. Den Inhaber der Urkunde 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 der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

(2) In den Fällen des § 13 Abs. 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 12 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens und welche sonstigen Mitteilungspflichten bestehen?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung (z. B. eine Mahnung) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Auch eine Änderung der Eigenschaft als politisch exponierte Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Dies betrifft auch den Bezugsberechtigten, einen ggf. abweichenden wirtschaftlich Berechtigten sowie Ihre Familienmitglieder und Geschäftspartner.

(4) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

Notwendige Informationen sind derzeit alle Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen Steuerpflicht, der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem

Vertrag haben und der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können. Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

(3) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Schriftform (d. h. durch ein unterschriebenes Schriftstück) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 14 Welche Kosten sind im Beitrag enthalten und was stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten. Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt sowie der Verbraucherinformation entnehmen.

(2) Die Abschluss- und Vertriebskosten werden während der gesamten vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den Beiträgen getilgt. Das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung wird für Ihren Versicherungsvertrag nicht angewendet.

(3) Soweit dies in den Besonderen Bedingungen der von Ihnen gewählten Versicherungsart vorgesehen ist, können wir für von Ihnen veranlasste bestimmte Geschäftsvorfälle Gebühren verlangen. Wir haben uns bei der Bemessung der Gebührenpauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Gebühr. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Gebühr der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

(4) Die Durchführung von Ihrerseits veranlassten Geschäftsvorfällen können wir von der Zahlung einer Gebühr abhängig machen, wenn wir zur Durchführung weder nach dem Gesetz noch nach den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen verpflichtet sind.

§ 15 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen uns** bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz Hannover. 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) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte der Bundesrepublik Deutschland zuständig.

§ 16 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 17 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt und wie erfahren Sie den Wert Ihrer Versicherung?

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

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit

(1) Die Überschüsse stammen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer nach den derzeit geltenden gesetzlichen Vorschriften eine Mindestbeteiligung (derzeit grundsätzlich 90 %). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Weitere Überschüsse können dann entstehen, wenn biometrische Risiken und Kosten sich günstiger entwickeln, als bei der Tarifkalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a VAG abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56b VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind,
- oder die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Buchwert liegt. Bei Vertragsbeendigung teilen wir Ihrem Vertrag den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Die Höhe der Bewertungsreserven wird monatlich neu an den Bewertungsstichtagen ermittelt. Der Bewertungsstichtag liegt höchstens zwei Monate vor dem Beendigungstermin. Im Rahmen der Festsetzung der Überschussbeteiligung werden alljährlich die Bewertungsstichtage festgelegt und in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können, veröffentlicht.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, werden den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Abs. 2) anteilig rechnerisch zugeordnet.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

(2) Zu welcher Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie den Besonderen Bedingungen entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können. Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation ermittelt. Für die geschlechtsneutrale Kalkulation der Beiträge und Leistungen haben wir die unternehmensindividuellen Sterbetafeln HL 2012 T und HL 2012 TP, die Wahrscheinlichkeitstafeln DAV 1997 I und DAV 1998 E sowie die Sterbetafeln DAV 2004 R und DAV 2008 T verwendet und als Rechnungszins 1,25 % für die Beitrags- und Deckungsrückstellungskalkulation angesetzt.

Der Rechnungszins ist der für die Berechnung von Deckungsrückstellungen gesetzlich festgesetzte Höchstzinssatz.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven werden nach einem in zeitlicher sowie in betragsmäßiger Hinsicht verursachungsorientierten Verfahren jedem einzelnen Vertrag rechnerisch zugeordnet.

Für die Beteiligung an den Bewertungsreserven kann jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration eine von der tatsächlichen Höhe der Bewertungsreserven unabhängige Mindest-Beteiligung (Sockelbeteiligung) festgelegt werden. Ist die der einzelnen Versicherung tatsächlich zustehende Beteiligung an den Bewertungsreserven höher als die Sockelbeteiligung, wird der übersteigende Teil zusätzlich zur Sockelbeteiligung ausgezahlt.

Nähere Einzelheiten über die Fälligkeit sowie über Form und Verwendung Ihrer Überschussanteile enthalten die Besonderen Bedingungen der von Ihnen gewählten Versicherungsart.

Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

(3) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind – allein schon wegen der häufig langen Vertragslaufzeit – nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen. Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und den Bewertungsreserven bestehen nicht.

§ 18 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollte aufgrund höchstrichterlicher Entscheidung oder bestandskräftigen Verwaltungsakts eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Bestimmungen in Versicherungsbedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.

Nur in diesen Fällen kann eine Bedingungsanpassung nach § 164 VVG erfolgen.

Abkürzungen:

VVG: Versicherungsvertragsgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE KAPITALBILDENDE VERSICHERUNG / L15

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was geschieht, wenn Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

§ 1 Was ist versichert?

Kapitalversicherung (Tarif L 1)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn der Versicherte den im Versicherungsschein genannten Ablauftermin erlebt oder wenn er vor diesem Termin stirbt. Teilauszahlungen während der Vertragsdauer sind – außer im Todesfall – möglich.

§ 2 Was geschieht, wenn Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme unter einen Mindestbetrag von 2.500 Euro sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen. Teilauszahlungen werden als Teilkündigung behandelt.

(2) Bei Kündigung erhalten Sie – soweit bereits entstanden – den Rückkaufswert. Der Rückkaufswert erreicht mindestens einen bei Vertragsschluss vereinbarten Garantiebetrags, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages abhängt (vgl. die in der Verbraucherinformation und im Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der Rückkaufswerte).

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(3) Beantragen Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und hat der Versicherungsvertrag mindestens ein Jahr bestanden, wird die Versicherungssumme auf eine beitragsfreie Summe herabgesetzt, die mindestens eine bei Vertragsschluss vereinbarte Garantiesumme erreicht (vgl. die in der Verbraucherinformation und im Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der beitragsfreien Versicherungssummen). Dies ist für Sie kostenfrei.

(4) Wird bei einer Fortführung der Versicherung unter vollständiger Befreiung von der Beitragspflicht der Mindestbetrag für die beitragsfreie Versicherungssumme von 2.500 Euro nicht erreicht, wird der Rückkaufswert ausgezahlt. Eine Fortführung der Versicherung unter teilweiser Befreiung von der Beitragspflicht ist nur möglich, wenn beitragsfreie und beitragspflichtige Versicherungssumme einen Mindestbetrag von je 2.500 Euro erreichen, andernfalls wird der Rückkaufswert ausgezahlt.

§ 3 Wie können Sie Ihre Versicherung an veränderte Lebensumstände anpassen und das Rentenwahlrecht ausüben?

Nachversicherungsgarantie

(1) Weisen Sie uns die Eheschließung, die Begründung einer Lebenspartnerschaft, die Geburt oder Adoption eines Kindes, den Eintritt Ihrer Volljährigkeit, den Bau oder Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie, die Befreiung von der Versicherungspflicht in einem berufsständischen Versorgungswerk oder die Reduzierung von Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund Eintritts in die Selbstständigkeit jeweils der versicherten Person nach, sind Sie berechtigt, ohne Gesundheitsprüfung zu einem zusätzlichen Beitrag eine Auf-

§ 3 Wie können Sie Ihre Versicherung an veränderte Lebensumstände anpassen und das Rentenwahlrecht ausüben?

§ 4 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

stockung der Versicherungssumme um 100 %, höchstens jedoch EUR 20.000 für jedes Ereignis – bzw. EUR 30.000 innerhalb von 5 Jahren bei mehreren Ereignissen innerhalb der Vertragslaufzeit – zu verlangen. Haben Sie mehrere kapitalbildende Versicherungen bei uns abgeschlossen, gilt die Höchstgrenze für alle zusammen.

Im gleichen Umfang – höchstens jedoch bis zur Höhe des Darlehens – können Sie eine Aufstockung der Versicherungssumme ohne Gesundheitsprüfung zu einem zusätzlichen Beitrag verlangen, wenn Sie zur Tilgung eines von uns ausgegebenen Darlehens eine Kapitalversicherung verwenden und nachweislich eine Immobilie neu errichten oder erwerben oder einen Anbau, Umbau oder eine Sanierung Ihrer Immobilie vornehmen. Außerdem ist unter diesen Voraussetzungen eine Aufstockung des Darlehens nach Maßgabe der jeweils gültigen Darlehensbedingungen zu den dann geltenden Konditionen möglich.

Wir behalten uns vor, die Erhöhung nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen und der gleichen restlichen Versicherungsdauer (in ganzen Jahren) wie die aufzustockende Versicherung vorzunehmen.

Anstelle einer Aufstockung der Versicherungssumme können Sie bei Nachweis der Eheschließung, der Begründung einer Lebenspartnerschaft, der Geburt oder Adoption eines Kindes, des Eintritts ihrer Volljährigkeit, des Erwerbs einer Immobilie, der Befreiung von der Versicherungspflicht in einem berufsständischen Versorgungswerk oder der Reduzierung von Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund Eintritts in die Selbstständigkeit ohne Gesundheitsprüfung den Neueinschluss einer dynamischen Steigerung von Beitrag, Versicherungssumme und Überschussbeteiligung mit einem Steigerungssatz von mindestens 3 % und höchstens 10 % des Vorjahresbeitrages verlangen, wenn Sie eine Kapitalversicherung mit einer Versicherungssumme bis zu 40.000 Euro abgeschlossen haben. Einzelheiten der dynamischen Steigerung regeln die zum Zeitpunkt der Anpassung geltenden Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik.

(2) Weisen Sie uns Ihre rechtskräftige Scheidung, Ihre Arbeitslosigkeit, Ihre Pflegebedürftigkeit oder den Tod Ihres Ehegatten oder eines Ihrer Kinder nach, sind Sie berechtigt, eine Verlängerung der Vertragsdauer bei sinkendem Beitrag und gleichbleibender Versicherungssumme oder eine Verringerung von Beitrag und Versicherungssumme (Mindestversicherungssumme: 2.500 Euro) bei gleich bleibender Vertragsdauer oder eine Verkürzung der Vertragsdauer bei gleich bleibendem Beitrag und sinkender Versicherungssumme zu verlangen.

(3) Soweit vorstehend nichts anderes geregelt ist, können Sie eine Anpassung des Vertrages nur verlangen, wenn die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt keine Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bezieht oder beantragt hat und wenn die Anpassung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem zugrunde liegenden Ereignis (bis zu sechs Monate danach) steht. In den letzten fünf Jahren vor Ablauf des Vertrages ist eine Anpassung des bestehenden Vertrages ausgeschlossen. Eine Verkürzung der Vertragsdauer können Sie verlangen, wenn die Restlaufzeit des derzeitigen Vertrages noch zehn Jahre und die Restdauer nach der Verkürzung noch fünf Jahre beträgt.

Rentenwahlrecht

(4) Mit der bei Vertragsbeendigung fälligen Versicherungsleistung können Sie eine Rentenversicherung gegen Einmalbeitrag zu dem dann geltenden Tarif abschließen.

§ 4 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe L der Groblebensversicherungen. Die Versicherungen erhalten eine Überschussbeteiligung nach mindestens einjähriger Dauer. Jahresgewinnanteile werden für jedes mit dem vollen tariflichen Beitrag belegte Versicherungsjahr nach dessen Ablauf gewährt. Wird die Versicherung nach mindestens einjähriger Dauer vor Ablauf eines Versicherungsjahres beendet, erhält sie den zeitanteilig gekürzten Jahresgewinn.

(2) Die Jahresgewinnanteile bestehen aus einem Zinsgewinnanteil und bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zusätzlich aus einem Grundgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals der einzelnen Versicherung festgesetzt, der Grundgewinnanteil in Promille der beitragspflichtigen Versicherungssumme und in Prozent des fälligen Beitrages.

(3) Bei Abschluss der Versicherung können Sie zwischen folgenden Gewinnverwendungsarten wählen: Verzinsliche Ansammlung oder Summenzuwachs (Erhöhung der vereinbarten Versicherungssumme).

(4) Bei Erlöschen der Versicherung in den letzten 5 Jahren der Vertragslaufzeit kann zusätzlich noch ein Schlussbonus gewährt werden, der in Prozent des vorhandenen Gewinn Guthabens berechnet wird bzw. bei Verwendung der Gewinne als Summenzuwachs in Prozent des Teils des Deckungskapitals berechnet wird, der aus den gewährten Jahresgewinnanteilen gebildet worden ist.

(5) Soweit Bewertungsreserven vorhanden sind, werden sie nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren verteilt und bei Vertragsbeendigung durch Ablauf, Kündigung oder Tod ausgezahlt.

Besondere Bestimmungen für Kollektivversicherungen:

Die Überschrift in § 1 Absatz 1 lautet „Kollektivversicherung (Tarif KL1)“.

Abweichend von § 4 Absatz 1 gehört die Versicherung zur Bestandsgruppe G der Kollektivversicherungen.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR VERSICHERUNGEN MIT DYNAMIK / D13

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

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

§ 3 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

§ 4 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

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

§ 6 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

§ 1 Was ist versichert?

(1) Kapitalversicherung mit Dynamik (Tarif D)

Um den Wert Ihrer Versorgung auch in Zeiten inflationsbedingter Erhöhung der Lebenshaltungskosten zu erhalten, können Sie eine kapitalbildende Versicherung nach den Tarifen L1 und KL1 auch in der Form abschließen, dass Beitrag und Versicherungssumme sich planmäßig erhöhen, ohne dass für die Erhöhung eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich wird.

(2) Rentenversicherung mit Dynamik (Tarif D)

Um den Wert Ihrer Versorgung auch in Zeiten inflationsbedingter Erhöhung der Lebenshaltungskosten zu erhalten, können Sie eine Rentenversicherung nach den Tarifen R4 und KR4 auch in der Form abschließen, dass Beitrag und versicherte Rente sich planmäßig erhöhen, ohne dass für die Erhöhung eine Gesundheitsprüfung erforderlich wird. Die Erhöhung erfolgt nach den am Erhöhungstermin jeweils für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen.

(3) Fondsgebundene Rentenversicherung mit Dynamik (Tarif D)

Um den Wert Ihrer Versorgung auch in Zeiten inflationsbedingter Erhöhung der Lebenshaltungskosten zu erhalten, können Sie eine fondsgebundene Rentenversicherung nach den Tarifen FR3 und KFR3 auch in der Form abschließen, dass Beitrag und Versicherungsleistungen sich planmäßig erhöhen, ohne dass für die Erhöhung eine Gesundheitsprüfung erforderlich wird. Falls eine Beitragsgarantie mitversichert ist, kann die Erhöhung nach den am Erhöhungstermin jeweils für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen erfolgen.

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

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich je nach Vereinbarung bei Vertragsabschluss laufend um einen festen Prozentsatz, mindestens um 3 %, höchstens um 10 % des Vorjahresbeitrages. Ist die Hauptversicherung eine Kapital- oder Rentenversicherung und wird eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente mitversichert, ist ausschließlich ein Dynamiksatz von 3 % zulässig. Die bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen von Ihnen gewählte Erhöhungsart bleibt für die Laufzeit des Vertrages unverändert.

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(3) Die Erhöhungen erfolgen letztmals 2 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch spätestens wenn der Versicherte das Alter von 64 Jahren erreicht hat.

§ 3 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

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

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

§ 4 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können Rückkaufswert und beitragsfreie Versicherungsleistung nicht mehr der dem Versicherungsschein beigefügten Tabelle entnommen werden. Sie werden Ihnen zusammen mit der Erhöhung mitgeteilt.

(2) Bei Fondsgebundenen Rentenversicherungen wird der zusätzliche Beitrag für eine Erhöhungsversicherung verwendet, bei der die gleichen Produktmerkmale wie bei der Grundversicherung zugrunde gelegt werden. Ab dem 4. Versicherungsjahr werden als Todesfall-Leistung der Erhöhungsversicherungen das aktuelle Fondsguthaben zuzüglich 2 % der Beitragssumme, mindestens jedoch die eingezahlten Beiträge zurückgezahlt.

(3) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden die entsprechenden Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen des § 6 Abs.13 ALB (Verletzung der Anzeigepflicht) und des § 8 ALB (Selbsttötung) nicht erneut in Lauf.

§ 6 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr spätestens 50 Tage bzw. bei den Tarifen FR3 und KFR3 bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 50 Tagen bzw. bei den Tarifen FR3 und KFR3 bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Sollten Sie dreimal nacheinander auf eine mögliche Erhöhung verzichten, ist für künftige Erhöhungen eine neue Gesundheitsprüfung erforderlich, sofern auch bei Vertragsabschluss eine Gesundheitsprüfung erforderlich war. In diesem Fall sind weitere Erhöhungen aber ausgeschlossen, wenn Ihre Versicherung zu einem für den Neuzugang geschlossenen Tarif gehört.

(3) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt. Lebt Ihre Beitragspflicht wieder auf, weil der Grad der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit sich entsprechend vermindert hat, wird bei künftigen Erhöhungen im Rahmen der Dynamik auch die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung wieder angepasst. Die vor dem Leistungsbezug versicherten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsleistungen erhöhen sich dann im selben Verhältnis wie die erreichte Hauptversicherung.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DEN ALTERSVORSORGEVERTRAG / AW16

Inhalt

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wann können Sie den Vertrag kündigen oder ruhen lassen?
- § 3 Was ist bei Fälligkeit der Leistungen zu beachten?
- § 4 Wer erhält die Leistungen aus dem Vertrag?
- § 5 Wie verteilen wir die bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten?

Wir bieten Ihnen Altersvorsorgeverträge im Sinne des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes (AltZertG) an. Sie sind als Versicherungsnehmer und als versicherte Person unser Vertragspartner. In den Bedingungen werden die vertragsrechtlichen Leistungen beschrieben, nicht aber, ob und inwieweit wir aufgrund steuerrechtlicher Regelungen Beträge einbehalten müssen. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung (auch zu den Zulagen) finden Sie in unserem Merkblatt „Steuern und Lebensversicherung“.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Altersvorsorgevertrag als Rentenversicherung (Tarif AV 1)

Ansparphase

(1) Sie zahlen laufende Beiträge für eine bei Vertragsabschluss vereinbarte Ansparphase (mindestens 14 Jahre). Die Beitragszahlung inklusive der staatlichen Zulagen ist auf jährliche Beträge entsprechend den jährlichen Sonderausgaben-Höchstbeträgen nach § 10a Abs. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) bzw. bei Direktversicherungen durch Entgeltumwandlung auf jährliche Beträge nach § 1a Betriebsrentengesetz (BetrAVG) begrenzt. Die laufenden Beiträge können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge zahlen. Die im Laufe des Kalenderjahres eingezahlten Beiträge und die uns zugeflossenen staatlichen Zulagen abzüglich der tariflichen Kosten verzinsen wir ab dem Zeitpunkt ihres Eingangs taggenau mit dem tariflichen Garantiezinssatz und bilden das Deckungskapital Ihrer Versicherung. Die aufgelaufenen Zinsen werden zum Schluss des Kalenderjahres berechnet, dem Deckungskapital hinzugerechnet und mit diesem vom Beginn des neuen Kalenderjahres an verzinst. Bei Zahlungseingang bzw. zum Jahresende oder Leistungstermin bei ruhenden Verträgen werden tarifliche Kosten entnommen. Sterben Sie vor dem vereinbarten Rentenbeginn, zahlen wir das bis zum Eintritt des Todesfalles gebildete Deckungskapital zurück. Statt dessen kann Ihr Ehegatte bzw. Ihr eingetragener Lebenspartner die Übertragung des angesparten Deckungskapitals auf seinen Altersvorsorgevertrag verlangen, sofern Sie diesen als Bezugsberechtigten eingesetzt haben und im Zeitpunkt des Todes die Voraussetzungen für eine steuerliche Zusammenveranlagung gegeben sind. Alternativ kann in diesem Fall auch das angesparte Deckungskapital in eine lebenslange Sofortrente zugunsten Ihres Ehegatten bzw. Ihres eingetragenen Lebenspartners umgewandelt werden, wobei sich die Höhe der Rente nach dem Alter Ihres Ehegatten bzw. Ihres eingetragenen Lebenspartners sowie nach den dann gültigen Rechnungsgrundlagen richtet; entsprechendes gilt für eine lebenslange Sofortrente zugunsten eines kindergeldberechtigten Kindes, die bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes gezahlt wird, längstens jedoch, solange das Kind steuerrechtlich als Kind anerkannt wird.

Abrufphase

(2) Nach mindestens 14jähriger Ansparphase kann nach Vollendung des 62. Lebensjahres die Rente mit einer Frist von 2 Monaten zum nächsten Monatsersten beantragt werden. Sie können dabei die Vorverlegung des vereinbarten Rentenbeginns bis frühestens zur Vollendung des 62. Lebensjahres oder dessen Hinausschieben bis spätestens zur Vollendung des 67. Lebensjahres verlangen. Rentenzahlungen erhalten Sie frühestens ab Vollendung des 62. Lebensjahres.

- § 6 Welche Informationen erhalten Sie während der Vertragslaufzeit?
- § 7 Wie können Sie gebildetes Kapital für Wohneigentum verwenden?
- § 8 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?
- § 9 Wie berechnet sich Ihre Rente?
- § 10 Wie ist das Verhältnis zu den Allgemeinen Bedingungen?

Beziehen Sie vor Vollendung des 62. Lebensjahres Leistungen aus einem gesetzlichen Alterssicherungssystem, können Sie eine verminderte Rente auch schon vorher in Anspruch nehmen. Sie können zu Beginn der Auszahlungsphase die Auszahlung von bis zu 30 % des dann zur Verfügung stehenden Kapitals außerhalb der monatlichen Leistungen verlangen. Dies führt zu einer Verringerung der Rentenleistungen. Die gesonderte Auszahlung der in der Auszahlungsphase anfallenden Zinsen und Erträge ist zulässig und bedarf einer Vereinbarung bei Rentenbeginn.

Auszahlungsphase

(3) Erleben Sie den vereinbarten Rentenbeginn, rechnen wir das in der Ansparphase gebildete garantierte Deckungskapital nach dem bei Vertragsabschluss festgelegten Rentenfaktor in eine unabhängig vom Geschlecht berechnete Rente um, die wir ab diesem Zeitpunkt lebenslang monatlich in gleich bleibender Höhe auszahlen. Der Rentenfaktor gibt an, welche monatliche lebenslange Rente sich je 10.000 Euro Kapital ergibt. Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die versicherte Rente im Falle Ihres Todes mindestens für die vereinbarte Rentengarantiezeit. Ist bei Vertragsabschluss keine Rentengarantiezeit vereinbart worden, können Sie bis 3 Jahre vor Rentenbeginn eine Rentengarantiezeit einschließen. Nach Ablauf dieser Frist ist der Einschluss nur mit unserer Zustimmung – spätestens jedoch 2 Monate vor Rentenbeginn – möglich. Durch den Einschluss einer Rentengarantiezeit reduziert sich der Rentenfaktor entsprechend. Versterben Sie während der Rentengarantiezeit, wird der Barwert der noch ausstehenden garantierten Renten auf einen geförderten Altersvorsorgevertrag des überlebenden Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartners übertragen, dessen Rentenansprüche sich entsprechend erhöht. Falls die monatliche Rente weniger als 10 Euro beträgt, können wir 12 Monatsrenten zu einer Auszahlung zusammenfassen. Wir sind berechtigt, eine Kleinbetragsrente nach § 93 Abs. 3 EStG abzufinden. Zu Beginn der Auszahlungsphase stehen mindestens Ihre bis dahin eingezahlten Beiträge und die uns zugeflossenen staatlichen Zulagen für die Bildung einer Rente zur Verfügung (Beitragsgarantie). Sofern Sie gemäß § 7 Kapital für Wohneigentum verwenden, verringert sich dieser Mindestbetrag entsprechend.

(4) Der in der Ansparphase geltende tarifliche Garantiezinssatz sowie die tariflichen Kostensätze und die Rentenfaktoren sind im Versicherungsschein festgelegt.

(5) Abweichend von §§ 1, 4 Abs.3 ALB entfällt Ihr Versicherungsschutz nicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Folgebeitrags.

Anhebung/Absenkung des laufenden Beitrags

(6) Sie können mehrmals innerhalb eines Kalenderjahres den laufenden Beitrag (Anhebung höchstens auf den steuerlich geförderten Höchstbetrag nach § 10a EStG oder Absenkung auf mindestens 60 Euro jährlich) ändern. Die Beitragsänderung bewirkt eine Änderung der Versicherungsleistung.

Zuzahlung

(7) Neben den laufenden Beiträgen können Sie höchstens zweimal im Kalenderjahr – ohne Einhaltung eines Mindestbetrages – Zuzahlungen zu Ihrem Vertrag leisten, die zu einer entsprechenden Erhöhung der versicherten Leistung führen. Laufende Beiträge, Zuzahlungen und Zulagen dürfen den steuerlich geförderten Höchstbetrag

nach § 10a EStG für das Kalenderjahr nicht überschreiten. Für Zuzahlungen werden die bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt.

§ 2 Wann können Sie den Vertrag kündigen oder ruhen lassen?

Kündigung zur Auszahlung

(1) Sie können Ihren Vertrag ganz oder teilweise jederzeit vor Beginn der Auszahlungsphase schriftlich kündigen. Im Fall einer ganzen Kündigung erhalten Sie den Rückkaufwert ausgezahlt. Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden (vgl. § 5 Abs.1 ALB). Der Rückkaufwert erreicht erst nach einem bestimmten Zeitraum die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden. Darüber hinaus führt die Kündigung steuerlich zu einer schädlichen Verwendung Ihres Altersvorsorgevermögens. Ihnen gewährte staatliche Förderungen sind zurückzuzahlen. Eine teilweise Kündigung behandeln wir als Absenkung des laufenden Beitrags nach § 1 Abs.6. In diesem Fall erfolgt keine Auszahlung.

Kündigung zur Übertragung auf einen anderen Vertrag

(2) Sie können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Vierteljahresschluss oder zum Beginn der Auszahlungsphase kündigen, um das gebildete Kapital auf einen anderen Altersvorsorgevertrag übertragen zu lassen, wobei zu Beginn der Auszahlungsphase mindestens Ihre bis dahin eingezahlten Beiträge und die uns zugeflossenen staatlichen Zulagen für die Bildung einer Rente zur Verfügung stehen (Beitragsgarantie). Dieser Vertrag muss zertifiziert sein und auf Ihren Namen lauten; er kann bei uns oder einem anderen Anbieter bestehen. Nach Beginn der Auszahlungsphase ist eine Übertragung des gebildeten Kapitals nicht mehr möglich. Im Falle der Übertragung auf einen anderen Anbieter oder auf ein anderes Produkt der Hannoverschen Leben, entstehen Ihnen keine Kosten. Das Kapital kann nicht an Sie ausgezahlt, sondern nur direkt auf den neuen Altersvorsorgevertrag übertragen werden. Hierzu müssen Sie uns bei Kündigung mitteilen, auf welchen Vertrag das Kapital übertragen werden soll. Handelt es sich dabei um einen Vertrag bei einem anderen Anbieter, müssen Sie uns die Zertifizierung des Vertrages nachweisen. Auch diese Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden (siehe § 2 Abs. 1).

(3) Das gebildete Kapital entspricht dem Deckungskapital zuzüglich – soweit nicht bereits enthalten – der Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile sowie – soweit vertraglich vorgesehen – dem Schlussüberschussanteil. Außerdem erhöht sich der Übertragungswert ggf. um die Ihrer Versicherung zugeteilten Bewertungsreserven. Berechnungstichtag ist das Ende des Kalendervierteljahres, zu dem Sie Ihre Versicherung wirksam gekündigt haben. Der Ermittlung des Wertes des Deckungskapitals legen wir dabei den Wirksamkeitszeitpunkt der Kündigung zugrunde. Beitragsrückstände werden vom Übertragungswert abgezogen. Sofern Sie gemäß § 7 Kapital für Wohneigentum verwendet haben oder wir im Rahmen eines Versorgungsausgleichs bei Ehescheidung oder bei Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft Kapital entnehmen mussten, wird dies bei der Berechnung des Übertragungswertes berücksichtigt. Nähere Informationen zum gebildeten Kapital und seiner Höhe können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Ruhen

(4) Sie können uns jederzeit vor Beginn der Auszahlungsphase schriftlich mitteilen, dass Sie Ihre Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ruhen lassen möchten. Das Ruhen der Versicherung wird wie eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung behandelt (§ 5 Abs.5 ALB). Der Vertrag ruht auch dann, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht zahlen. Ihre Versicherung können Sie jederzeit durch Fortsetzung der Beitragszahlung wieder in Kraft setzen. Auch nach Wieder-

aufnahme der Beitragszahlung bleiben die Rechnungsgrundlagen bei Vertragsabschluss gültig. Eine Gebühr wird von uns für die Beitragsfreistellung nicht erhoben.

§ 3 Was ist bei Fälligkeit der Leistungen zu beachten?

(1) Weitere Voraussetzung für die Auszahlung von Leistungen ist die Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Außerdem können wir vor jeder Zahlung einer Rente bzw. Auszahlungsrates ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt.

(2) Nur für den Fall, dass für den Todesfall eine Leistung vereinbart ist, ist uns nach dem Tod des Versicherten ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der zum Tode führenden Krankheit vorzulegen. Zu Unrecht empfangene Zahlungen von Renten bzw. Auszahlungsrates sind an uns zurückzuzahlen.

§ 4 Wer erhält die Leistungen aus dem Vertrag?

(1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner. Werden nach Ihrem Tod Leistungen fällig, erbringen wir sie an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Vertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Das Bezugsrecht können Sie jederzeit widerrufen; nach Ihrem Tod kann es nicht mehr widerrufen werden. Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechtes sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns von Ihnen schriftlich angezeigt worden sind.

(2) Die Abtretung von Forderungen und Rechten aus dem Vertrag sowie seine Verpfändung ist ausgeschlossen. Ausgeschlossen ist ferner jede sonstige Übertragung von Forderungen oder Eigentumsrechten aus dem Vertrag an Dritte, wie z. B. die Einräumung von Bezugsrechten zugunsten Dritter – mit Ausnahme von Bezugsrechten nach Absatz 1.

§ 5 Wie verteilen wir die bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten?

Die bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten ziehen wir als Vorhundertersatz von jedem Zahlungseingang ab.

§ 6 Welche Informationen erhalten Sie während der Vertragslaufzeit?

Wir informieren Sie jährlich schriftlich über

- die Verwendung der eingezahlten Beiträge und der uns zugeflossenen staatlichen Zulagen
- das bisher gebildete Kapital
- einbehaltene anteilige Abschluss- und Vertriebskosten
- Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals
- erwirtschaftete Erträge
- die Berücksichtigung ethischer, sozialer und ökologischer Belange bei der Verwendung der eingezahlten Beiträge und der uns zugeflossenen staatlichen Zulagen.

§ 7 Wie können Sie gebildetes Kapital für Wohneigentum verwenden?

Sie können bis zum Beginn der Auszahlungsphase mit einer Frist von 3 Monaten zum Vierteljahresschluss verlangen, dass das gebildete Kapital ganz oder teilweise für eine Verwendung als Altersvorsorge-Eigenheimbetrag im Sinne des § 92a EStG

ausgezahlt wird. Dies führt zu einer Verringerung oder zum Wegfall des gebildeten Kapitals und der versicherten Leistungen. Im Falle einer Rückzahlung werden das gebildete Kapital und die versicherten Leistungen neu berechnet. Die Berechnung der versicherten Leistungen erfolgt jeweils nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Die Rückzahlung machen wir von der Zahlung eines Mindestbetrages von 2.500 Euro abhängig. Im Falle der Entnahme gebildeten Kapitals zur Verwendung als Altersvorsorge-Eigenheimbetrag entstehen Ihnen jeweils Kosten in Höhe von 100 Euro. Einzelheiten und Erläuterungen zum Altersvorsorge-Eigenheimbetrag finden Sie in unserem Merkblatt „Steuern und Lebensversicherung“.

§ 8 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe AV der kapitalbildenden Versicherungen nach dem AltZertG. Die Verträge erhalten eine Überschussbeteiligung nach mindestens einjähriger Dauer. Jahresgewinnanteile werden für jedes Versicherungsjahr bzw. in der Ansparphase für jedes Kalenderjahr nach dessen Ablauf gewährt. Wird der Vertrag nach mindestens einjähriger Dauer vor Ablauf eines Versicherungsjahres bzw. Kalenderjahres beendet, erhält er den zeitanteilig gekürzten Jahresgewinn.

(2) Die Jahresgewinnanteile bestehen aus einem Zinsgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil wird in der Ansparphase in Prozent des Deckungskapitals am 31.12. des Vorjahres festgesetzt. Ansonsten wird der Zinsgewinnanteil in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals zu Anfang des Versicherungsjahres festgesetzt.

(3) Die Jahresgewinnanteile werden in der Ansparphase zum Summenzuwachs (Erhöhung des Deckungskapitals), in der Auszahlungsphase zur Finanzierung einer Gewinnrente in dynamischer oder flexibler Form verwendet. Die Form der Gewinnrente muss erst zu Rentenbeginn festgelegt werden. Zum Rentenbeginn rechnen wir das Deckungskapital des Summenzuwachses nach dem Rentenfaktor (vgl. § 1 Abs.3 und § 9) in eine unabhängig vom Geschlecht berechnete Rente um, die wir ab diesem Zeitpunkt zusätzlich zur garantierten Rente lebenslang monatlich in gleich bleibender Höhe auszahlen. Das Deckungskapital des Summenzuwachses wird dabei um den Betrag verringert, der für das Einhalten der Beitragsgarantie benötigt wird, wenn aufgrund der Ausübung einer Ihnen rechtlich zustehenden Option nach Vertragsabschluss die Beitragsgarantie nicht erreicht wird. Falls bei Rentenbeginn eine Vereinbarung zur gesonderten Auszahlung der in der Auszahlungsphase anfallenden Gewinnanteile geschlossen wird, werden diese Gewinnanteile in monatlichen Raten zusätzlich zur garantierten Rente ausgezahlt.

(4) Während der Abrufphase in der Ansparphase kann noch zusätzlich ein Schlussgewinn gewährt werden, der in Prozent des Deckungskapitals für den Summenzuwachs bemessen wird. Der Schlussgewinn wird zum Rentenbeginn nach dem Rentenfaktor (vgl. § 1 Abs. 3 und § 9) in eine unabhängig vom Geschlecht berechnete Rente umgerechnet, die wir ab diesem Zeitpunkt zusätzlich zur garantierten Rente lebenslang monatlich in gleich bleibender Höhe auszahlen.

(5) Soweit Bewertungsreserven vorhanden sind, wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren bei Vertragsbeendigung in der Ansparphase (durch Tod oder Kündigung) zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Bei Übergang in den Rentenbezug wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil zur Hälfte zugeteilt und nach den gleichen Maßstäben wie das Deckungskapital des Summenzuwachses in eine Rente umgerechnet, die zusätzlich lebenslang monatlich in gleich bleibender Höhe ausgezahlt wird. Auch in der Zeit des Rentenbezugs sind Sie an den Bewertungsreserven beteiligt.

§ 9 Wie berechnet sich Ihre Rente?

(1) Der Rentenfaktor für das garantierte Deckungskapital basiert auf dem Rechnungszins von 1,25 %, den Annahmen der Lebenserwartung nach der Sterbetafel DAV 2004 R und den zu Versicherungsbeginn für Altersvorsorgeverträge im Rentenbezug aktuell einkalkulierten Kosten (Rechnungsgrundlagen). Dieser Rentenfaktor wird im Versicherungsschein genannt.

(2) Der Rentenfaktor für die Verrentung des über das garantierte Deckungskapital hinausgehenden Betrages bei Rentenbeginn basiert auf den Rechnungsgrundlagen, die für Neuabschlüsse von Altersvorsorgeverträgen zu diesem Zeitpunkt von der Hannoverischen Leben verwendet werden. Es werden mindestens 75 % des unter Abs.1 beschriebenen Rentenfaktors garantiert. Dieser garantierte Rentenfaktor wird ebenfalls im Versicherungsschein genannt.

Der bei Rentenbeginn ermittelte Rentenfaktor gilt für die gesamte Rentenbezugsphase. Die daraus berechnete Rente ist ab Rentenbeginn garantiert.

§ 10 Wie ist das Verhältnis zu den Allgemeinen Bedingungen?

Die Besonderen Bedingungen für den Altersvorsorgevertrag bilden zusammen mit den Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung die rechtliche Grundlage für Ihren Vertrag. Die Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung gelten jedoch nur, soweit sie den Regelungen des zertifizierten Altersvorsorgevertrages und den Vorschriften des AltZertG nicht widersprechen bzw. diesen nicht entgegen stehen (maßgeblich ist die zum Zeitpunkt des Abschlusses des Altersvorsorgevertrages geltende Fassung des AltZertG).

Besondere Bestimmungen für Kollektivversicherungen:

Die Überschrift in § 1 lautet „Kollektiv-Altersvorsorgevertrag als Rentenversicherung (Tarif KAV 1)“.

Abweichend von § 8 Absatz 1 gehört die Versicherung KAV 1 zur Bestandsgruppe KAV der kapitalbildenden Kollektiv-Rentenversicherungen nach dem AltZertG.

KOSTENVERZEICHNIS ALTERSVORSORGEVERTRAG

Geschäftsvorfall	Gebühren
• Entnahme für Wohneigentum	100,00 Euro

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE RISIKOVERSICHERUNG / T16

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was geschieht, wenn Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

§ 3 Kann eine Risikoversicherung verlängert werden ?

§ 4 Wie können Sie Ihre Versicherung an veränderte Lebensumstände anpassen?

§ 5 Welche Besonderheiten gibt es bei den Nichtraucher-Tarifen und was geschieht bei einer Änderung des Nichtraucherstatus?

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 1 Was ist versichert?

(1) Risikoversicherung (Nichtraucher) und Risikoversicherung (Tarife T1N und T1R)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer.

(2) Risikoversicherung Plus (Nichtraucher) (Tarif T1N-Plus) und Risikoversicherung Plus (Tarif T1R-Plus)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 10) und Sie können die Verlängerungsoption (§ 3) sowie die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen.

(3) Risikoversicherung Exklusiv (Nichtraucher) (Tarif T1N-E) und Risikoversicherung Exklusiv (Tarif T1R-E)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 10) und Sie können die Verlängerungsoption (§ 3) sowie die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen. Darüber hinaus erhalten Sie die Zusatzleistung für Exklusiv-Tarife (Absatz 11).

(4) Risikoversicherung mit linear fallender Summe (Nichtraucher) (Tarif T3N) und Risikoversicherung mit linear fallender Summe (Tarif T3R)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei fällt die Versicherungssumme jährlich linear im vereinbarten Maße, wobei bei Vertragsschluss für die ersten Versicherungsjahre eine gleichbleibende Versicherungssumme vereinbart werden kann (tilgungsfreie Startphase). Der Beitrag ändert sich im vereinbarten Maße entsprechend dem jeweils erreichten Lebensalter und der jeweils versicherten Restsumme. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet.

(5) Risikoversicherung mit linear fallender Summe Plus (Nichtraucher) (Tarif T3N-Plus) und Risikoversicherung mit linear fallender Summe Plus (Tarif T3R-Plus)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei fällt die Versicherungssumme jährlich linear im vereinbarten Maße, wobei bei Vertragsschluss für die ersten Versicherungsjahre eine gleichbleibende Versicherungssumme vereinbart werden kann (tilgungsfreie Startphase). Der Beitrag ändert sich im vereinbarten Maße entsprechend dem jeweils erreichten Lebensalter und der jeweils versicherten Restsumme. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 10) und Sie können die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen.

(6) Risikoversicherung nach Tilgungsplan (Nichtraucher) (Tarif T4N) und Risikoversicherung nach Tilgungsplan (Tarif T4R)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei ändern sich Beitrag und Versicherungssumme entsprechend dem bei Vertragsabschluss vorgegebenen Tilgungsplan,

wobei eine tilgungsfreie Startphase vereinbart werden kann. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet.

(7) Risikoversicherung nach Tilgungsplan (Nichtraucher) Plus (Tarif T4N-Plus) und Risikoversicherung nach Tilgungsplan Plus (Tarif T4R-Plus)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei ändern sich Beitrag und Versicherungssumme entsprechend dem bei Vertragsabschluss vorgegebenen Tilgungsplan, wobei eine tilgungsfreie Startphase vereinbart werden kann. Mit einer Frist von 2 Monaten zum Stichtag des Versicherungsjahres können Sie jährlich eine Änderung von Zins und Tilgung im Tilgungsplan verlangen, wobei Zins und Tilgung jeweils mindestens 1% betragen müssen. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 10) und Sie können die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen.

(8) Partner-Risikoversicherung (Nichtraucher) (Tarif TP1N) und Partner-Risikoversicherung (Tarif TP1R)

Bei Partnerversicherungen zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod eines der Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Auch bei gleichzeitigem Tod beider Versicherten wird die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal fällig.

(9) Partner-Risikoversicherung Plus (Nichtraucher) (Tarif TP1N-Plus) und Partner-Risikoversicherung Plus (Tarif TP1R-Plus)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod eines der Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Auch bei gleichzeitigem Tod beider Versicherten wird die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal fällig. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 10) und Sie können die Verlängerungsoption (§ 3) sowie die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen.

(10) Zusatzleistungen der Plus-Tarife

a) Vorgezogene Todesfalleistung

Statt bei Tod zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod des bzw. eines der beiden Versicherten, wenn

- dieser während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und
- Sie als Versicherungsnehmer die vorgezogene Leistung spätestens 12 Monate vor Ablauf der Vertragsdauer beantragt haben.

aa) Eine schwere Krankheit ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes, unseres Gesellschaftsarztes und ggf. eines weiteren unabhängigen Facharztes innerhalb von 12 Monaten (gerechnet ab Stellung des Leistungsantrags) zum Tode führen wird.

bb) Mit dem Antrag auf vorgezogene Todesfalleistung ist uns außer dem Original-Versicherungsschein ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass beim Versicherten eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der den Versicherten zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

cc) Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Versicherungsvertrag.

dd) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, wenn

- die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 12 Monate beträgt oder
- die schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 7 und 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung (ALB) genannten Umstände oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6 ALB berechtigt, zurückzuführen ist oder
- wir zur Anfechtung nach § 6 ALB berechtigt sind.

ee) Maßgeblich für die 12-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, für die verbleibende Vertragsdauer sowie für die vereinbarte Versicherungssumme ist der Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.

ff) Ist eine Dynamik eingeschlossen, ist nach Stellung eines Antrags auf vorgezogene Todesfalleistung keine dynamische Erhöhung mehr möglich. Ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, ist nach Stellung eines Antrags auf vorgezogene Todesfalleistung eine Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ausgeschlossen.

b) Extra-Kindergeld

Für jedes Kind des bzw. eines der beiden Versicherten, das bei dessen Tod das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir dann bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung zusätzlich zur vereinbarten Versicherungsleistung einmalig 2.400 Euro.

c) Bau-Bonus

Sie erhalten bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung einen zusätzlichen Versicherungsschutz bei Tod des bzw. eines der beiden Versicherten in Höhe von 10 Prozent der aktuell versicherten Summe, wenn Sie uns den Eintritt eines der nachfolgenden, diesen Versicherten betreffenden Ereignisse mittels geeigneten Nachweises anzeigen: Bau oder Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie. Die Höchstsumme ist auf 30.000 Euro auf das Leben ein und desselben Versicherten begrenzt. Der Bau-Bonus wird für die Dauer von 9 Monaten eingeräumt; die Frist beginnt mit Abschluss des notariellen Kaufvertrages.

d) Wechselgarantie

Bei den Tarifen T3N/R-Plus und T4N/R-Plus können Sie in den ersten 10 Jahren ohne Gesundheitsprüfung (danach mit Gesundheitsprüfung) mit einer Frist von 2 Monaten zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres den Wechsel in den Tarif T1N/R-Plus mit gleichbleibender Versicherungssumme zu den bei Abschluss des Vertrages geltenden Rechnungsgrundlagen beantragen, wobei die Risikoeinstufung des bisherigen Vertrages und die zum Wechselzeitpunkt erreichte Versicherungssumme übernommen werden. In diesem Fall ist jedoch die Verlängerungsoption (§ 3) im weiteren Vertragsverlauf ausgeschlossen. Ein Tarifwechsel von den Tarifen T1N/R-Plus und TP1N/R-Plus in einen anderen Risiko-Tarif ist nicht möglich.

(11) Zusatzleistungen der Exklusiv-Tarife

a) Bei den Tarifen T1N/R-E können Sie die Zusatzleistungen der Plus-Tarife in Anspruch nehmen (vgl. Abs. 10). Zusätzlich zahlen wir bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung eine Sofortleistung in Höhe von 10% der vereinbarten Versicherungssumme, wenn

- bei dem Versicherten eine der im Folgenden definierten ernsthaften Krankheiten fachärztlich diagnostiziert wird und
- Sie die Sofortleistung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten nach der Diagnose beantragen. Dies gilt nicht, wenn Sie unverschuldet daran gehindert sind, die Sofortleistung rechtzeitig zu beantragen.

Bei einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist die **Wartezeit** unter f) cc) zu beachten.

b) Mit dem Antrag auf Sofortleistung ist uns ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei dem Versicherten eine ernsthafte Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der den Versicherten zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

c) Die Sofortleistung wird nicht gezahlt, wenn

- die ernsthafte Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 7 und 8 der Allgemeinen Bedingungen für Lebensversicherung (ALB) genannten Umstände oder
- auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6 ALB berechtigt, zurückzuführen ist oder
- wir zur Anfechtung nach § 6 ALB berechtigt sind.

d) Während der Vertragsdauer zahlen wir die Sofortleistung

- einmal, wenn der Versicherte während der Vertragslaufzeit an Krebs im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und
- einmal, wenn der Versicherte während der Vertragslaufzeit einen Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen oder einen Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen erleidet.

Insgesamt zahlen wir die Sofortleistung während der Vertragslaufzeit höchstens zweimal.

Wenn der Versicherungsschutz durch Ausüben der Verlängerungsoption (§ 3) verlängert wird, werden Sofortleistungen, die während der Laufzeit des Ursprungsvertrages erfolgt sind, angerechnet.

e) Stirbt der Versicherte innerhalb von 28 Tagen nach der Diagnose einer ernsthaften Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, so zahlen wir nur die Todesfalleistung, aber nicht die Sofortleistung, sofern der Vertrag zu diesem Zeitpunkt noch besteht.

f) Ernsthafte Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen sind:

aa) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr geführt hat. Zusätzlich müssen alle der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, werden nachgewiesen.
- Die herzspezifischen Marker weisen einen für Herzinfarkt charakteristischen Verlauf auf.
- Im betroffenen Herzmuskelbereich ist ein Funktionsverlust durch eine verminderte Auswurfleistung des Herzens unter 55 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen nachweisbar.

bb) Schlaganfall

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine akute Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarktes oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung. Bei einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) wird **nicht** geleistet. Eine Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch CT, MRI oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.

- Der Schlaganfall muss zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen Funktionsausfall führen. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird.

Die Beurteilung, ob die oben aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens 3 Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

cc) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen grundsätzlich auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes bestätigt sein.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen jedoch:

- Alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z.B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut).
- Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prä-maligne und nicht-invasive Formen.
- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
- Leukämie, sofern diese keine Anämie verursacht hat.
- Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0.
- Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung (sog. Wartezeit), wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

§ 2 Was geschieht, wenn Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Kündigen Sie Ihre Versicherung, so erfolgt aus der gekündigten Versicherung keine Auszahlung. Jedoch wandelt sich die Versicherung bei den Tarifen T1N/R, TP1N/R, T1N/R-Plus, TP1N/R-Plus und T1N/R-E in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme um, wenn diese mindestens eine Höhe von 2.500 Euro (Mindestversicherungssumme) erreicht. Das aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungskapital mindert sich um einen Abzug von 70% des Deckungskapitals. Das bei der Berechnung der beitragsfreien Versicherungssumme zugrunde liegende Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die von Ihnen nicht gezahlten Beitragsteile im Deckungskapital ausgeglichen werden. Außerdem wird die

Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Erreicht die beitragsfreie Versicherungssumme nicht die Mindestversicherungssumme, wird das Deckungskapital abzüglich des oben beschriebenen Abzugs ausgezahlt, und der Vertrag erlischt. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und dem Auszahlungsbetrag bei Kündigung können Sie der dem Versicherungsschein beigefügten Tabelle entnehmen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(2) Beantragen Sie bei einer Versicherung gegen laufenden Beitrag die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und ist ein Deckungskapital vorhanden, wird die Versicherungssumme unter Berücksichtigung des Abs.1 auf eine beitragsfreie Summe herabgesetzt, wenn diese die Mindestversicherungssumme nicht unterschreitet.

Herabsetzung der Versicherungssumme

(3) Anstelle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung nach Abs.1 oder 2 können Sie für eine beitragspflichtige Versicherung die Herabsetzung der Versicherungssumme verlangen. Der Antrag ist nur wirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme die Mindestversicherungssumme nicht unterschreitet. Andernfalls können Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen. Es wird dann wie in Abs. 2 verfahren.

Nachteile

(4) Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrages können für Sie mit Nachteilen verbunden sein. Wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen stehen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung.

Stundung

(5) Eine Stundung der Beiträge ist nicht möglich.

§ 3 Kann eine Risikoversicherung verlängert werden?

Verlängerungs-Option

(1) Bei den Tarifen T1N/R-Plus, TP1N/R-Plus und T1N/R-E haben Sie das Recht, bis 3 Jahre vor Ablauf der Versicherung ihren bisherigen Versicherungsschutz jederzeit, spätestens jedoch zum Ende des fünfzehnten Versicherungsjahres, ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine neue Risikoversicherung um bis zu 10 Jahre – höchstens jedoch bis zum Doppelten der bisherigen Vertragsdauer – zu verlängern.

(2) Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass der Versicherte (bei TP1N/R-Plus beide Versicherte) zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsfähigkeit hat. Das höchstmögliche Endalter des Versicherten (bei TP1N/R-Plus des älteren Versicherten) darf nach der Verlängerung das 75. Lebensjahr nicht überschreiten. Die Gesamtdauer inklusive Verlängerung darf 45 Jahre nicht überschreiten. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungs-Option möglich. Die Verlängerungs-Option darf nur einmal in Anspruch genommen werden.

(3) Der Beitrag für die verlängerte Versicherung richtet sich nach dem jeweiligen erreichten Alter des Versicherten (bei TP1N/R-Plus beider Versicherter), der Laufzeit und nach der Risikoeinstufung des bisherigen Vertrags. Sofern der bisherige Vertrag an besondere Voraussetzungen (z. B. Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher) geknüpft war, müssen diese für die verlängerte Versicherung bestä-

tigt werden, falls sie für die Ermittlung des Beitrages relevant sind. Wir behalten uns vor, die Erhöhung nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen vorzunehmen. Das Ausüben der Verlängerungs-Option gilt nur für den Ursprungsvertrag. Die Option ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der entsprechenden Option zustande gekommen ist.

§ 4 Wie können Sie Ihre Versicherung an veränderte Lebensumstände anpassen?

Nachversicherungsgarantie (nur für Tarife T1N/R-Plus, TP1N/R-Plus, T1N/R-E, T3N/R-Plus und T4N/R-Plus)

(1) Weisen Sie uns

- a) die Eheschließung bzw. die Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- b) die Geburt oder Adoption eines Kindes,
- c) den Bau oder Erwerb einer selbst genutzten Immobilie (notarieller Kaufvertrag)
- d) den Eintritt in die Selbständigkeit mit Kammerzugehörigkeit oder einem Kammer-zertifizierten Ausbildungsberuf,
- e) eine Erhöhung des Einkommens aus selbständiger oder nichtselbständiger Tätigkeit von mindestens 10 % des monatlichen Bruttoeinkommens im Durchschnitt der letzten 12 Monate,
- f) den erfolgreichen Abschluss eines Studiums oder einer Berufsausbildung (einschließlich Promotion und Meisterprüfung)

des bzw. eines der Versicherten nach, sind Sie berechtigt, ohne Gesundheitsprüfung zu einem zusätzlichen Beitrag eine Aufstockung der bei Vertragsabschluss garantierten (bei den Tarifen T3N/R-Plus und T4N/R-Plus der aktuellen) Versicherungssumme um 20 % nach dem Tarif T1N/R oder TP1N/R zu verlangen.

Die Höchstsumme ist jedoch auf 30.000 Euro bei einem Ereignis bzw. 60.000 Euro bei mehreren Ereignissen innerhalb der Vertragslaufzeit begrenzt. Haben Sie mehrere Risikoversicherungen bei uns abgeschlossen, gilt die Höchstgrenze für alle zusammen. Wir behalten uns vor, die Erhöhung nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen der Risikoversicherung und der gleichen restlichen Versicherungsdauer (in ganzen Jahren) wie die aufzustockende Versicherung vorzunehmen. Dabei wird die Risikoeinstufung des bisherigen Vertrages übernommen. Sofern der Ursprungsvertrag an besondere Voraussetzungen (z. B. Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher) geknüpft war, müssen diese für die Versicherung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie bestätigt werden, falls sie für die Ermittlung des Beitrages relevant sind. Sind zusätzliche Risikomerkmale für die Ermittlung des Beitrages relevant, dürfen diese erhoben werden.

(2) Die Erhöhung des Vertrages können Sie nur in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem zugrunde liegenden Ereignis (bis zu 6 Monate danach) beantragen. Voraussetzung für die Erhöhung ist weiterhin, dass der Versicherte (bei TP1N/R beide Versicherte) zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsunfähigkeit hat.

(3) Der Anlass für die Nachversicherungsgarantie ist uns mittels geeignetem Nachweis (z. B. Urkunde, amtliche Bestätigung, Gehaltsabrechnung oder Zeugnis) anzuzeigen. Die Nachversicherungsgarantie besteht längstens bis zum Ablauf des 20. Versicherungsjahres des Ursprungsvertrages. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei oder haben Sie einen Antrag auf vorgezogene Todesfallleistung gestellt, entfällt die Nachversicherungsgarantie. Das Ausüben der Nachversicherungsgarantie gilt nur für den Ursprungsvertrag; sie ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der Nachversicherungsgarantie zustande gekommen ist.

§ 5 Welche Besonderheiten gibt es bei den Nicht-raucher-Tarifen und was geschieht bei einer Änderung des Nichtraucherstatus?

Begriff des Nichtrauchers

(1) Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten vor Antragstellung kein Nikotin aktiv durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat (dazu gehören auch E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife, Kautabak, Schnupftabak und Wasserpfeife) und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

Gefahrerhöhung und Anzeigepflicht

(2) Wird der Versicherte – bei Partnersversicherungen einer der Versicherten – nach Antragstellung Raucher, so stellt dies eine Gefahrerhöhung (§ 23 VVG) dar. Wir vertrauen darauf, dass Sie ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Sie sind – neben dem Versicherten – verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

(3) Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung vorgenommen, können wir aber rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen oder Ihnen eine Herabsetzung der Versicherungssumme anbieten.

Beides ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist. Unser Recht zur Beitragserhöhung oder zur Herabsetzung der Versicherungssumme erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

Sollte die Beitragserhöhung mehr als 10 % betragen, können Sie Ihren Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Bieten wir Ihnen die Herabsetzung der Versicherungssumme an, werden wir Sie darüber informieren, dass die Herabsetzung der Versicherungssumme als vereinbart gilt, wenn wir Ihre Antwort auf unser Anschreiben nicht innerhalb eines Monats erhalten haben. Die Versicherungssumme wird dann unter Zugrundelegung des für Raucher geltenden Beitrags rückwirkend ab der Gefahrerhöhung neu berechnet.

Sollten wir im Leistungsfall feststellen, dass eine Gefahrerhöhung stattgefunden hat und uns diese nicht angezeigt worden ist, vermindert sich die Leistung entsprechend der obigen Regelung zur Herabsetzung der Versicherungssumme. Diese Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht war oder wenn uns die Gefahrerhöhung bekannt war.

Nachprüfung

(4) Auf Anforderung sind Sie verpflichtet, den Versicherten – bei Partnersversicherungen einen oder beide der Versicherten – bis zur Annahme des Antrags, aber auch während der Vertragslaufzeit, einer medizinischen Überprüfung seines Nichtraucherstatus zu unterziehen. Während der Vertragslaufzeit übernehmen wir hierfür die Kosten. Kommen Sie dieser Aufforderung nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, wird Ihr Vertrag in den entsprechenden Rauchertarif mit dem erforderlichen Beitrag eingestuft.

(5) Ein Tarifwechsel von einem Rauchertarif in einen Nichtrauchertarif ist nicht möglich.

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe T der Risikoversicherungen. Die Versicherungen erhalten für jedes beitragspflichtige Versicherungsjahr jeweils zu dessen Beginn einen Jahresgewinnanteil in deklarerter Höhe. Der Jahresgewinnanteil wird in Prozent des fälligen Beitrages festgesetzt. Versicherungen, die gemäß § 2 beitragsfrei gestellt worden sind oder nach Kündigung beitragsfrei fortgeführt werden, erhalten einen Todesfallbonus in deklarerter Höhe, den wir im Todesfall innerhalb der Vertragslaufzeit zusätzlich zur garantierten Versicherungssumme zahlen. Der Todesfallbonus wird in Prozent der garantierten Versicherungssumme festgesetzt.

(2) Der Jahresgewinnanteil wird als Sofortgutschrift (anteilige Verrechnung bei jeder Beitragsfälligkeit) gewährt.

(3) Die Beiträge einer Risikoversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen ausreichen. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden sie nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren verteilt und bei Vertragsbeendigung durch Ablauf oder Tod ausgezahlt.

Besondere Bestimmungen für Kollektiv-Risikoversicherungen:

Die Überschrift in § 1 Absatz 1 lautet „Kollektiv-Risikoversicherung (Nichtraucher) und Kollektiv-Risikoversicherung (Tarife KT1N und KT1R)“, die Überschrift in § 1 Absatz 2 lautet „Kollektiv-Risikoversicherung Plus (Nichtraucher) und Kollektiv-Risikoversicherung Plus (Tarife KT1N-Plus und KT1R-Plus)“.

Abweichend von § 6 Absatz 1 gehört die Versicherung zur Bestandsgruppe G der Kollektivversicherungen.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE RISIKOVERSICHERUNG FIT / TF16

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was geschieht, wenn Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

§ 3 Kann eine Risikoversicherung verlängert werden?

§ 4 Wie können Sie Ihre Versicherung an veränderte Lebensumstände anpassen?

§ 5 Welche Besonderheiten gibt es und was geschieht bei einer Änderung des Nichtraucherstatus?

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 1 Was ist versichert?

(1) Risikoversicherung FIT (Tarif FT1)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer.

(2) Risikoversicherung FIT Plus (Tarif FT1-Plus)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 4) und Sie können die Verlängerungsoption (§ 3) sowie die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen.

(3) Risikoversicherung FIT Exklusiv (Tarif FT1-E)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 4) und Sie können die Verlängerungsoption (§ 3) sowie die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen. Darüber hinaus erhalten Sie die Zusatzleistungen für Exklusiv-Tarife (Absatz 5).

(4) Zusatzleistungen der Plus-Tarife

a) Vorgezogene Todesfallleistung

Statt bei Tod zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod des bzw. eines der beiden Versicherten, wenn

- dieser während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und
- Sie als Versicherungsnehmer die vorgezogene Leistung spätestens 12 Monate vor Ablauf der Vertragsdauer beantragt haben.

aa) Eine schwere Krankheit ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes, unseres Gesellschaftsarztes und ggf. eines weiteren unabhängigen Facharztes innerhalb von 12 Monaten (gerechnet ab Stellung des Leistungsantrags) zum Tode führen wird.

bb) Mit dem Antrag auf vorgezogene Todesfallleistung ist uns außer dem Original-Versicherungsschein ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass beim Versicherten eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der den Versicherten zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

cc) Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Versicherungsvertrag.

dd) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, wenn

- die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 12 Monate beträgt oder
- die schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 7 und 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung (ALB) genannten Umstände oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6 ALB berechtigt, zurückzuführen ist oder
- wir zur Anfechtung nach § 6 ALB berechtigt sind.

ee) Maßgeblich für die 12-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, für die verbleibende Vertragsdauer sowie für die vereinbarte Versicherungssumme ist der Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.

b) Extra-Kindergeld

Für jedes Kind des Versicherten, das bei dessen Tod das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir dann bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung zusätzlich zur vereinbarten Versicherungsleistung einmalig 2.400 Euro.

c) Bau-Bonus

Sie erhalten bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung einen zusätzlichen Versicherungsschutz bei Tod des Versicherten in Höhe von 10 Prozent der in Ihrem Versicherungsschein bzw. Nachtrag dokumentierten Versicherungssumme, wenn Sie uns den Eintritt eines der nachfolgenden, den Versicherten betreffenden Ereignisse mittels geeigneten Nachweises anzeigen: Bau oder Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie. Die Höchstsumme ist auf 30.000 Euro auf das Leben ein und desselben Versicherten begrenzt. Der Bau-Bonus wird für die Dauer von 9 Monaten eingeräumt; die Frist beginnt mit Abschluss des notariellen Kaufvertrages.

d) Ein Tarifwechsel von einem Plus-Tarif in einen anderen Tarif ist nicht möglich.

(5) Zusatzleistungen der Exklusiv-Tarife

a) Bei dem Tarif FT1-E können Sie die Zusatzleistungen der Plus-Tarife in Anspruch nehmen (vgl. Abs. 4). Zusätzlich zahlen wir bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung eine Sofortleistung in Höhe von 10% der vereinbarten Versicherungssumme, wenn

- bei dem Versicherten eine der im Folgenden definierten ernsthaften Krankheiten fachärztlich diagnostiziert wird und
- Sie die Sofortleistung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten nach der Diagnose beantragen. Dies gilt nicht, wenn Sie unverschuldet daran gehindert sind, die Sofortleistung rechtzeitig zu beantragen.

Bei einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist die **Wartezeit** unter f) cc) zu beachten.

b) Mit dem Antrag auf Sofortleistung ist uns ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei dem Versicherten eine ernsthafte Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der den Versicherten zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

c) Die Sofortleistung wird nicht gezahlt, wenn

- die ernsthafte Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 7 und 8 der Allgemeinen Bedingungen für Lebensversicherung (ALB) genannten Umstände oder
- auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6 ALB berechtigt, zurückzuführen ist oder
- wir zur Anfechtung nach § 6 ALB berechtigt sind.

d) Während der Vertragsdauer zahlen wir die Sofortleistung

- einmal, wenn der Versicherte während der Vertragslaufzeit an Krebs im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und
- einmal, wenn der Versicherte während der Vertragslaufzeit einen Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen oder einen Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen erleidet.

Insgesamt zahlen wir die Sofortleistung während der Vertragslaufzeit höchstens zweimal.

Wenn der Versicherungsschutz durch Ausüben der Verlängerungsoption (§ 3) verlängert wird, werden Sofortleistungen, die während der Laufzeit des Ursprungsvertrages erfolgt sind, angerechnet.

e) Stirbt der Versicherte innerhalb von 28 Tagen nach der Diagnose einer ernsthaften Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, so zahlen wir nur die Todesfallleistung, aber nicht die Sofortleistung, sofern der Vertrag zu diesem Zeitpunkt noch besteht.

f) Ernsthafte Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen sind:

aa) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr geführt hat. Zusätzlich müssen alle der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, werden nachgewiesen.
- Die herzspezifischen Marker weisen einen für Herzinfarkt charakteristischen Verlauf auf.
- Im betroffenen Herzmuskelbereich ist ein Funktionsverlust durch eine verminderte Auswurfleistung des Herzens unter 55% oder durch regionale Wandbewegungsstörungen nachweisbar.

bb) Schlaganfall

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine akute Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarktes oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung. Bei einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) wird **nicht** geleistet. Eine Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch CT, MRI oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- Der Schlaganfall muss zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen Funktionsausfall führen. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird.

Die Beurteilung, ob die oben aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens 3 Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

cc) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen grundsätzlich auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes bestätigt sein.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen jedoch:

- Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prä-maligne und nicht-invasive Formen.

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
- Leukämie, sofern diese keine Anämie verursacht hat.
- Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0.
- Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung (sog. Wartezeit), wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Nachversicherungsgarantie (vgl. § 4) gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

§ 2 Was geschieht, wenn Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Kündigen Sie Ihre Versicherung, so erfolgt aus der gekündigten Versicherung keine Auszahlung. Jedoch wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme um, wenn diese mindestens eine Höhe von 2.500 Euro (Mindestversicherungssumme) erreicht. Eine Teilkündigung ist ausgeschlossen.

Das aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungskapital mindert sich um einen Abzug von 70 % des Deckungskapitals. Das bei der Berechnung der beitragsfreien Versicherungssumme zugrunde liegende Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die von Ihnen nicht gezahlten Beitragsteile im Deckungskapital ausgeglichen werden. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Erreicht die beitragsfreie Versicherungssumme nicht die Mindestversicherungssumme, wird das Deckungskapital abzüglich des oben beschriebenen Abzugs ausgezahlt, und der Vertrag erlischt. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und dem Auszahlungsbetrag bei Kündigung können Sie der dem Versicherungsschein beigelegten Tabelle entnehmen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(2) Beantragen Sie bei einer Versicherung gegen laufenden Beitrag die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und ist ein Deckungskapital vorhanden, wird die Versicherungssumme unter Berücksichtigung des Abs.1 auf eine beitragsfreie Summe herabgesetzt, wenn diese mindestens die Mindestversicherungssumme erreicht.

Nachteile

(3) Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrages können für Sie mit Nachteilen verbunden sein. Wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen stehen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung.

Stundung

(4) Eine Stundung der Beiträge ist nicht möglich.

§ 3 Kann eine Risikoversicherung verlängert werden?

Verlängerungs-Option

Bei den Tarifen FT1-Plus und FT1-E haben Sie das Recht, bis 3 Jahre vor Ablauf der Versicherung ihren bisherigen Versicherungsschutz jederzeit, spätestens jedoch zum Ende des fünfzehnten Versicherungsjahres, ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine neue Risikoversicherung um bis zu 10 Jahre – höchstens jedoch bis zum Doppelten der bisherigen Vertragsdauer – zu verlängern.

Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass der Versicherte zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsfähigkeit hat. Das höchstmögliche Endalter des Versicherten darf nach der Verlängerung das 75. Lebensjahr nicht überschreiten. Die Gesamtdauer beider Risikoversicherungen darf 45 Jahre nicht überschreiten. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungs-Option möglich. Die Verlängerungs-Option darf nur einmal in Anspruch genommen werden.

Der Beitrag für die verlängerte Versicherung richtet sich nach dem erreichten Alter des Versicherten, der Laufzeit und nach der Risikoeinstufung des bisherigen Vertrags. Sofern der bisherige Vertrag an besondere Voraussetzungen (z. B. Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher) geknüpft war, müssen diese für die verlängerte Versicherung bestätigt werden, falls sie für die Ermittlung des Beitrages relevant sind. Wir behalten uns vor, die Erhöhung nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen vorzunehmen. Das Ausüben der Verlängerungs-Option gilt nur für den Ursprungsvertrag. Die Option ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der entsprechenden Option zustande gekommen ist.

§ 4 Wie können Sie Ihre Versicherung an veränderte Lebensumstände anpassen?

Nachversicherungsgarantie

(1) Weisen Sie uns bei den Tarifen FT1-Plus und FT1-E

- die Eheschließung bzw. die Begründung einer Lebenspartnerschaft
- die Geburt oder Adoption eines Kindes,
- den Bau oder Erwerb einer selbst genutzten Immobilie (notarieller Kaufvertrag)
- den Eintritt in die Selbstständigkeit mit Kammerzugehörigkeit oder einem Kammer-zertifizierten Ausbildungsberuf,
- eine Erhöhung des Einkommens aus selbständiger oder nichtselbständiger Tätigkeit von mindestens 10 % des monatlichen Bruttoeinkommens im Durchschnitt der letzten 12 Monate,
- den erfolgreichen Abschluss eines Studiums oder einer Berufsausbildung (einschließlich Promotion und Meisterprüfung)

des Versicherten nach, sind Sie berechtigt, ohne Gesundheitsprüfung zu einem zusätzlichen Beitrag eine Aufstockung der bei Vertragsabschluss garantierten Versicherungssumme um 20 % zu verlangen.

Die Höchstsumme ist jedoch auf 30.000 Euro bei einem Ereignis bzw. auf 60.000 Euro bei mehreren Ereignissen innerhalb der Vertragslaufzeit begrenzt. Haben Sie mehrere Risikoversicherungen bei uns abgeschlossen, gilt die Höchstgrenze für alle zusammen. Wir behalten uns vor, die Erhöhung nach den dann geltenden

Tarifen und Versicherungsbedingungen der Risikoversicherung und der gleichen restlichen Versicherungsdauer (in ganzen Jahren) wie die aufzustockende Versicherung vorzunehmen. Dabei wird die Risikoeinstufung des bisherigen Vertrages übernommen. Sofern der Ursprungsvertrag an besondere Voraussetzungen (z. B. Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher) geknüpft war, müssen diese für die Versicherung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie bestätigt werden, falls sie für die Ermittlung des Beitrages relevant sind. Sind zusätzliche Risikomerkmale für die Ermittlung des Beitrages relevant, dürfen diese erhoben werden.

(2) Die Erhöhung des Vertrages können Sie nur in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem zugrunde liegenden Ereignis (bis zu 6 Monate danach) beantragen. Voraussetzung für die Erhöhung ist weiterhin, dass der Versicherte zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsfähigkeit hat.

(3) Der Anlass für die Nachversicherungsgarantie ist uns mittels geeignetem Nachweis (z. B. Urkunde, amtliche Bestätigung, Gehaltsabrechnung oder Zeugnis) anzuzeigen. Die Nachversicherungsgarantie besteht längstens bis zum Ablauf des 20. Versicherungsjahres des Ursprungsvertrages. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei oder haben Sie einen Antrag auf vorgezogene Todesfallleistung gestellt, entfällt die Nachversicherungsgarantie. Das Ausüben der Nachversicherungsgarantie gilt nur für den Ursprungsvertrag; sie ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der Nachversicherungsgarantie zustande gekommen ist.

§ 5 Welche Besonderheiten gibt es und was geschieht bei einer Änderung des Nichtraucherstatus?

Begriff des Nichtrauchers

(1) Die Kalkulation der Tarife beruht darauf, dass der Versicherte Nichtraucher ist. Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 10 Jahren vor Antragstellung kein Nikotin aktiv durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat (dazu gehören auch E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife, Kautabak, Schnupftabak und Wasserpfeife) und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

Gefahrerhöhung und Anzeigepflicht

(2) Wird der Versicherte nach Antragstellung Raucher, so stellt dies eine Gefahrerhöhung (§ 23 VVG) dar. Wir vertrauen darauf, dass Sie ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Sie sind – neben dem Versicherten – verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Folgen einer Gefahrerhöhung

(3) Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung vorgenommen, können wir aber rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen oder Ihnen eine Herabsetzung der Versicherungssumme anbieten.

Beides ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist. Unser Recht zur Beitragserhöhung oder zur Herabsetzung der Versicherungssumme erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

Sollte die Beitragserhöhung mehr als 10 % betragen, können Sie Ihren Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Bieten wir Ihnen die Herabsetzung der Versicherungssumme an, werden wir Sie darüber informieren, dass die Herabsetzung der Versicherungssumme als vereinbart gilt, wenn wir Ihre Antwort auf unser Anschreiben nicht innerhalb eines Monats erhalten haben. Die Versicherungssumme wird dann unter Zugrundelegung des für Raucher geltenden Beitrags (Raucher-Normaltarif) rückwirkend ab der Gefahrerhöhung neu berechnet.

Sollten wir im Leistungsfall feststellen, dass eine Gefahrerhöhung stattgefunden hat und uns diese nicht angezeigt worden ist, vermindert sich die Leistung entsprechend der obigen Regelung zur Herabsetzung der Versicherungssumme. Diese Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht war oder wenn uns die Gefahrerhöhung bekannt war.

Nachprüfung

(4) Auf Anforderung sind Sie verpflichtet, den Versicherten bis zur Annahme des Antrags, aber auch während der Vertragslaufzeit, einer medizinischen Überprüfung seines Nichtraucherstatus zu unterziehen. Während der Vertragslaufzeit übernehmen wir hierfür die Kosten. Kommen Sie dieser Aufforderung nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, wird Ihr Vertrag in den entsprechenden Raucher-Normaltarif T1R bzw. T1R-Plus mit dem erforderlichen Beitrag eingestuft.

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe T der Risikoversicherungen. Die Versicherungen erhalten für jedes beitragspflichtige Versicherungsjahr jeweils zu dessen Beginn einen Jahresgewinnanteil in deklarerter Höhe. Der Jahresgewinnanteil wird in Prozent des fälligen Beitrages festgesetzt. Versicherungen, die gemäß § 2 beitragsfrei gestellt worden sind, sind nicht überschussberechtigt.

(2) Der Jahresgewinnanteil wird als Sofortgutschrift (anteilige Verrechnung bei jeder Beitragsfälligkeit) gewährt.

(3) Die Beiträge einer Risikoversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen ausreichen. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden sie nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren verteilt und bei Vertragsbeendigung durch Ablauf oder Tod ausgezahlt.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DYNAMIK BEI RISIKOVERSICHERUNGEN / TD16

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung?

§ 3 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Versicherungssumme und Tarifbeiträge?

§ 4 Wonach errechnen sich die erhöhten Tarifbeiträge?

§ 1 Was ist versichert?

Risikoversicherung mit Dynamik (Tarif D)

Um den Wert Ihrer Vorsorgung auch in Zeiten inflationsbedingter Erhöhung der Lebenshaltungskosten zu erhalten, können Sie eine der folgenden Risikoversicherungen auch in der Form abschließen, dass Versicherungssumme und Tarifbeitrag sich planmäßig erhöhen, ohne dass für die Erhöhung eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich wird: Tarife T1N/R, T1N-Plus/R-Plus, T1N/R-E, KT1N/R wahlweise verbunden mit einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung und KT2N/R nur in Verbindung mit einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

§ 2 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung?

(1) Die Versicherungssumme für die Risikoversicherung erhöht sich in jedem Jahr um 3 % der Versicherungssumme des Vorjahres. Die Summenerhöhung bewirkt eine Erhöhung des Tarifbeitrages.

(2) Die Versicherungssumme und der Tarifbeitrag erhöhen sich automatisch ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch letztmals, wenn der Versicherte das Alter von 55 Jahren erreicht hat. Außerdem erfolgen keine Erhöhungen in den letzten 5 Jahren der Vertragsdauer oder wenn die Versicherungssumme aus der Risikoversicherung durch die Erhöhung 250.000 Euro übersteigen würde.

(4) Das Verhältnis von versicherter Berufsunfähigkeitsrente bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente zur Versicherungssumme der Risikoversicherung ändert sich durch die Erhöhungen nicht. Eine ggf. eingeschlossene Unfall-Zusatzversicherung nimmt nicht an den Erhöhungen teil.

§ 3 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Versicherungssumme und Tarifbeiträge?

(1) Die Erhöhungen der Versicherungssumme und des Tarifbeitrages erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.

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

§ 4 Wonach errechnen sich die erhöhten Tarifbeiträge?

(1) Die Erhöhung der Tarifbeiträge errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Tarifbeiträge erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

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

§ 6 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(2) Nach einer Erhöhung können etwaige beitragsfreie Versicherungssummen nicht mehr der dem Versicherungsschein beigefügten Tabelle entnommen werden. Sie werden Ihnen zusammen mit der Erhöhung mitgeteilt.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen des § 6 Absatz 13 ALB (Verletzung der Anzeigepflicht) und des § 8 ALB (Selbsttötung) nicht erneut in Lauf.

§ 6 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr spätestens 50 Tage nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 50 Tagen nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Die Erhöhungen können einmal ausgesetzt werden. Sollten Sie zweimal nacheinander auf eine mögliche Erhöhung verzichten, ist für künftige Erhöhungen eine neue Gesundheitsprüfung erforderlich. In diesem Fall sind weitere Erhöhungen aber ausgeschlossen, wenn Ihre Versicherung zu einem für den Neuzugang geschlossenen Tarif gehört.

(3) Es erfolgen keine Erhöhungen, solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erbracht werden. Enden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit, weil der Grad der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit sich entsprechend vermindert hat, wird bei künftigen Erhöhungen im Rahmen der Dynamik auch die Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung wieder angepasst, wobei von den vor dem Leistungsbezug versicherten Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsleistungen ausgegangen wird.

(4) Es erfolgen auch dann keine Erhöhungen, wenn der Vertrag so geändert wird, dass ein Neuabschluss mit Dynamik nicht zulässig wäre.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE FONDS-RENTENVERSICHERUNG / FR15

ERLÄUTERUNG VON BEGRIFFEN

Zur besseren Verständlichkeit erläutern wir Ihnen nachfolgend einige für Ihre Versicherung wichtige Begriffe.

Abrufphase	In dieser Phase können Sie den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn vorverlegen. Die Rente zahlen wir Ihnen dann schon entsprechend früher aus.
Anlagestock	Wird gesondert vom sonstigen Kapitalanlagevermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteeinheiten aufgeteilt.
Anteileinheit	Investmentfonds-Anteil (Teil des Sondervermögens, das in einem oder mehreren Anlagestöcken besteht).
Aufschubzeit	Zeitraum vom im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn bis zum Rentenbeginn.
Ausgabeaufschlag	Einmalige Gebühr beim Erwerb von Fondsanteilen.
Beitragssumme	Summe aller während der Vertragslaufzeit zu zahlenden Beiträge für die Fondsrente (ohne Beiträge für Zusatzversicherungen). Künftige Dynamikerhöhungen oder Zuzahlungen werden erst mit deren Inkrafttreten eingerechnet.
Börsentage	Tage mit Kursermittlung bzw. des Ankaufs oder Verkaufs von Investmentfonds-Anteilen an der Frankfurter Wertpapierbörse.
Fondsguthaben	Wert der insgesamt Ihrem Vertrag gutgeschriebenen Anteeinheiten.
Garantieguthaben	Guthaben aus der Beitragsgarantie (soweit diese mitversichert ist).
Gesamtguthaben	Setzt sich aus dem Fondsguthaben und (soweit eine Beitragsgarantie mitversichert ist) dem Garantieguthaben zusammen.
Naturalleistung	Auszahlung des Fondsguthabens in ganzen Anteeinheiten der Anlagestöcke anstelle von Geld in ein Depot des Begünstigten.
Rentenbezugsphase	In dieser Phase wird die Rente ausgezahlt.
Rentenfaktor	Faktor für die Umrechnung von je 10.000 Euro Guthaben in eine monatliche lebenslange Rente.
Rentengarantiezeit	Zeitraum, für den die vereinbarte Rente – auch bei Tod der versicherten Person – nach Rentenbeginn mindestens gezahlt wird.
Stichtag	Termin für den Kauf bzw. Verkauf von Anteeinheiten.
Verfügungsphase	In dieser Phase kann die Rentenzahlung beitragsfrei auf einen Termin nach dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn verschoben werden. Die Rente zahlen wir Ihnen dann entsprechend später aus.

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Wie können Sie Ihre Beiträge zahlen und wie verwenden wir Ihre Beiträge?

§ 3 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 4 Was gilt bei Krieg?

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

§ 6 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

§ 7 Wie berechnet sich Ihre Rente?

§ 8 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung beantragt wird?

§ 9 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

§ 10 Was gilt für die Berechnung und Aufteilung des Fondsguthabens?

§ 1 Was ist versichert?

FondsRente (Tarif FR3)

(1) Die Fondsgebundene Rentenversicherung nach dem Tarif FR3 ist eine Versicherung mit lebenslanger Rentenzahlung bei flexiblem Rentenzahlungsbeginn, flexibler Beitragszahlung, optionaler Beitragsgarantie, optionaler Dynamik, Recht auf Kapitalabfindung, optionaler Rentengarantiezeit und mit garantierter Todesfall-Leistung bei Tod in der Aufschubzeit. Ausgabeaufschläge werden nicht erhoben.

In der Aufschubzeit erbringen wir folgende Leistungen:

Rentenanwartschaft

a) In der Aufschubzeit bietet die Versicherung Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Anlagestocks oder mehrerer Anlagestöcke entsprechend der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung. Mit dem Rentenzahlungsbeginn wird den Anlagestöcken der auf Ihren Vertrag entfallende Anteil als Fondsguthaben entnommen und in unserem sonstigen Vermögen angelegt. Sie können bei Vertragsabschluss aus den angebotenen Investmentfonds bis zu 5 auswählen und die Aufteilung des zur Anlage bestimmten Teils des Beitrags prozentual auf die ausgewählten Fonds festlegen. Optional kann eine Beitragsgarantie in der Form eingeschlossen werden, dass wir zu dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rentenzahlungsbeginn einen festgelegten Prozentanteil der Summe aller während der Vertragslaufzeit für die Fonds-Rente gezahlten Beiträge garantieren.

Todesfall-Leistungen

b) Bei Tod der versicherten Person vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn werden in den ersten drei Versicherungsjahren das Gesamtguthaben, ab dem vierten Versicherungsjahr zuzüglich 2 % der Beitragssumme – mindestens jedoch die eingezahlten Beiträge für die Fonds-Rente – zurückgezahlt. Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des 7. Lebensjahres, werden von der Todesfall-Leistung höchstens 8.000 Euro ausgezahlt. Wurden zuvor Beträge aus dem Gesamtguthaben entnommen, kann sich die Todesfall-Leistung in Abhängigkeit von der Höhe des Entnahmebetrages vermindern. Die Todesfall-Leistung wird grundsätzlich in Geld erbracht; zur Naturalleistung siehe Absatz (8).

Der Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung ist bis 3 Jahre vor Rentenzahlungsbeginn möglich, allerdings nicht in Kombination mit einer Rentengarantiezeit. Nach Ablauf dieser Frist ist der Einschluss nur mit unserer Zustimmung – spätestens jedoch 2 Monate vor Rentenzahlungsbeginn – möglich. Die Produktbeschreibung und sonstige Einzelheiten können dem jeweiligen Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung entnommen werden. Dabei sind die für den Tarif H1 geltenden Vorschriften entsprechend anzuwenden.

Nach Beendigung der Aufschubzeit erbringen wir folgende Leistungen:

Rente (Rentenbezugsphase)

c) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn, wird der dann erreichte Euro-Wert des Gesamtguthabens mittels Rentenfaktoren in eine

lebenslang zahlbare Rente umgewandelt. Die Rentenzahlung erfolgt monatlich an den vereinbarten Fälligkeitstagen, mindestens aber für die vereinbarte Rentengarantiezeit. Eine Rentengarantiezeit kann nachträglich bis 3 Jahre vor Rentenbeginn eingeschlossen werden, falls bis dahin kein Hinterbliebenenschutz vereinbart wurde. Nach Ablauf dieser Frist ist der Einschluss nur mit unserer Zustimmung – spätestens jedoch 2 Monate vor Rentenzahlungsbeginn – möglich.

Vorzeitige Rente (Abrufphase)

d) Innerhalb der Abrufphase vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn können Sie die Rentenzahlung bis spätestens 2 Monate vor dem gewünschten Rentenzahlungsbeginn abrufen. Die Abrufphase beginnt, wenn die versicherte Person nach Ablauf einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung das 62. Lebensjahr vollendet hat, und endet spätestens, wenn die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat. Bei Rentenbeginn innerhalb der Abrufphase reduzieren sich die Rentenfaktoren wegen des abweichenden Rentenbeginnalters entsprechend.

Spätere Rente (Verfügungsphase)

e) Innerhalb der beitragsfreien Verfügungsphase von längstens 5 Jahren nach dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn können Sie über das vorhandene Gesamtguthaben verfügen, wenn Sie dies spätestens 2 Monate vor dem gewünschten Rentenzahlungsbeginn beantragen. Die Verfügungsphase endet spätestens mit dem 80. Lebensjahr der versicherten Person. Die Rentenfaktoren ändern sich wegen des abweichenden Rentenbeginnalters entsprechend. Eine mitversicherte Beitragsgarantie bleibt in der Verfügungsphase erhalten.

(2) Der Wert einer Anteilseinheit richtet sich nach der Wertentwicklung des Anlagestocks. Den Wert der Anteilseinheit ermitteln wir dadurch, dass der Euro-Wert des Anlagestocks am jeweiligen Stichtag (vgl. § 10) durch die Anzahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Anteilseinheiten geteilt wird; Zertifikate von Investmentfonds werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt.

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

(4) Da die Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke nicht vorauszusehen ist, können wir die Höhe der Rente vor dem Rentenzahlungsbeginn nicht garantieren. Sie haben die Chance, insbesondere bei Kurssteigerungen der Wertpapiere der Anlagestöcke einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Bei Werten, die nicht in Euro geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage zusätzlich beeinflussen. Das bedeutet, dass die Rente je nach Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke höher oder niedriger ausfallen wird. In der Vergangenheit erzielte Renditen sind kein Indiz für in Zukunft erzielbare Renditen.

(5) Die Höhe der Rente ist vom Wert des Fondsguthabens bei Beginn der Rentenzahlung abhängig. Den Euro-Wert des Fondsguthabens ermitteln wir dadurch, dass wir die Anzahl der Anteilseinheiten Ihrer Versicherung mit dem am Stichtag (vgl. § 10) ermittelten Wert einer Anteilseinheit multiplizieren.

(6) Ergibt sich bei Rentenzahlungsbeginn eine Jahresrente von weniger als 300 Euro, wird anstelle einer Rente eine Kapitalabfindung gemäß Absatz 7 erbracht.

(7) Anstelle der Rentenzahlungen leisten wir zum Fälligkeitstag der ersten Rente eine Kapitalabfindung, wenn uns ein Antrag auf Kapitalabfindung vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente zugegangen ist und wenn der Versicherte diesen Termin erlebt; die Auszahlung der Kapitalabfindung erfolgt nach Ablauf einer angemessenen Bearbeitungsfrist (vgl. § 10). Sie können unter den gleichen Voraussetzungen beantragen, dass eine teilweise Kapitalabfindung erbracht und aus dem restlichen Gesamtguthaben eine Teilrente gebildet wird; § 1 Abs. 6 gilt entsprechend.

(8) Die Versicherungsleistungen erbringen wir grundsätzlich in Geld. Der Anspruchsberechtigte kann jedoch abweichend hiervon die Auszahlung des Fondsguthabens als Naturalleistung verlangen, außer wenn der Wert des Fondsguthabens 2.500 Euro nicht übersteigt. Dies bedeutet, dass das Fondsguthaben in ganzen Anteilseinheiten der Anlagestöcke gezahlt wird; Bruchteile von Anteilseinheiten werden in Geld ausgezahlt. Dieses Wahlrecht gilt als zu Gunsten der Geldleistung ausgeübt, wenn nicht spätestens einen Monat vor Beendigung der Versicherung durch Kapitalabfindung oder Kündigung bzw. bei Todesfall mit der Todesfallmeldung die Naturalleistung verlangt wird. Die Gebühr für die Naturalleistung ist dem Kostenverzeichnis zu entnehmen.

(9) Nach dem Rentenzahlungsbeginn kann, soweit eine Rentengarantiezeit mitversichert ist, vom Bezugsberechtigten die Kapitalabfindung der Rentengarantiezeit diskontiert auf den Auszahlungstermin mit dem jeweilig zugrunde liegenden Rechnungszins beantragt werden. Mit der Abfindung erlischt der Anspruch auf Rentenzahlung aus der Rentengarantiezeit, der Anspruch auf Rentenzahlung nach Ablauf der Rentengarantiezeit wird dadurch aber nicht beeinträchtigt.

(10) Ablaufmanagement

Sie können sich für ein Ablaufmanagement entscheiden. Dabei haben Sie folgende Möglichkeiten:

a) Sie wählen bei Vertragsabschluss das Ablaufmanagement (Life Cycle Modell). Ihr Fondsguthaben wird dann zu 100 % in den Dachfonds AktivChance oder einem gleichartigen Fonds investiert. Sechs Monate vor dem Versicherungsstichtag in ihrem 62. Lebensjahr werden wir Sie darauf hinweisen, dass das Fondsguthaben in den Dachfonds AktivBalance oder einem gleichartigen Fonds umgeschichtet wird, falls Sie nicht spätestens 2 Monate vor dem geplanten Umschichtungstermin schriftlich widersprechen. 5 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn, spätestens aber zum Versicherungsstichtag in Ihrem 70. Lebensjahr, wird dann das Fondsguthaben in den Dachfonds AktivBasis oder einen gleichartigen Fonds umgeschichtet. Sechs Monate vor der Umschichtung werden wir Sie ebenfalls darüber informieren. Die Umschichtung findet statt, falls Sie nicht spätestens 2 Monate vor dem geplanten Umschichtungstermin schriftlich widersprechen. Das Ablaufmanagement findet nur statt, wenn der vereinbarte Rentenbeginn nach dem 64. Lebensjahr liegt; liegt er davor, so findet statt dessen ein Ablaufmanagement nach Variante b) Anwendung. Liegt das Rentenbeginnalter zwischen 65 und 68 Jahren, findet der Wechsel in den AktivBasis oder einen gleichartigen Fonds zum Versicherungsstichtag im 64. Lebensjahr statt. Die Regelung über die Information und den evtl. Widerspruch gilt entsprechend.

b) Auch nach Vertragsabschluss haben Sie die Möglichkeit, das Ablaufmanagement zu beantragen, sofern Sie Ihre Fonds individuell zusammenstellen oder Variante a) keine Anwendung findet. Dazu werden wir Sie zum Versicherungsstichtag in ihrem 62. Lebensjahr darauf hinweisen, dass Sie die Möglichkeit haben, das Fondsguthaben in wertstabilere Anlagen (Rentenfonds, Dachfonds, Fonds mit geringeren Risikoklassen oder Fonds mit geringerer Volatilität) umzuschichten, um das erreichte Fondsvermögen zu sichern.

Das Ablaufmanagement ist für Sie kostenfrei; wir verlangen weder Gebühren noch Ausgabeaufschläge.

Sie haben das Recht, vor Beginn des Ablaufmanagements diesem zu widersprechen. Wenn Sie bei Ihrem Widerspruch keinen anderen Beginn für das Ablaufmanagement angeben, werden wir Ihnen das Ablaufmanagement im darauf folgenden Versicherungsjahr erneut anbieten, falls Sie keinen endgültigen Widerspruch aussprechen.

Sie haben das Recht, jederzeit ein beantragtes Ablaufmanagement vor dessen Beginn zu kündigen. Ein bereits laufendes Ablaufmanagement kann mit einer Frist von 14 Tagen frühestens zum Beginn des Folgemonats gekündigt werden. Auch nach einer Kündigung können Sie zu einem späteren Zeitpunkt den erneuten Abschluss des Ablaufmanagements beantragen.

(11) Hat ein von Ihnen gewählter Fonds aufgrund gesetzlicher Ermächtigung die Rücknahme von Anteilen ausgesetzt, können aus diesem Fonds für die Dauer der Aussetzung keine Versicherungsleistungen erbracht werden. Im Falle der Auflösung eines Fonds können aus diesem Fonds Versicherungsleistungen erst dann erbracht werden, wenn mit der Auflösung verbundene Zahlungen durch die Fondsgesellschaft erfolgen.

§ 2 Wie können Sie Ihre Beiträge zahlen und wie verwenden wir Ihre Beiträge?

(1) Die Beiträge sind je nach Vereinbarung laufend oder als Einmalbeitrag zu zahlen. Zuzahlungen können ab einer Höhe von 200 Euro bis zu 20.000 Euro im Kalenderjahr bis zur Vollendung Ihres 50. Lebensjahres geleistet werden; für diese können von uns die zum Einzahlungszeitpunkt aktuellen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt werden. Ihre Beiträge, soweit sie nicht zur Kostendeckung und ggf. Deckung einer mitversicherten Zusatzversicherung bestimmt sind, unterteilen sich in Garantie-Beiträge, die zur Finanzierung der ggf. gewählten Beitragsgarantie zum vereinbarten Rentenbeginn benötigt werden, und in Anlage-Beiträge, die den Anlagestöcken entsprechend der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung zugeführt und zum Stichtag (vgl. § 10) in Anteilseinheiten umgerechnet werden. Die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten, nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Risikobeiträge und die restlichen Kostenanteile entnehmen wir monatlich zum Stichtag (vgl. § 10) dem Fondsguthaben.

(2) Sie können die Beitragszahlung für die Dauer von höchstens drei Jahren aussetzen, wenn das Fondsguthaben eine Mindesthöhe von 2.500 Euro aufweist; dies ist für Sie kostenfrei. Der Vertrag wird in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die bedingungsgemäßen Folgen einer Beitragsfreistellung (vgl. § 6 (4)).

(3) Eine Stundung der Beiträge ist nicht möglich.

§ 3 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Entscheidend für den Gesamtertrag des Versicherungsvertrages in der Ansparphase ist die Entwicklung des Fondsguthabens. Darüber hinaus beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen, die jährlich bei unserem Jahresabschluss festgestellt werden.

(2) Charakteristisch für die Ansparphase einer Fondsgebundenen Rentenversicherung ist, dass für den Erlebensfall – mit Ausnahme der ggf. mitversicherten Beitragsgarantie zum vereinbarten Rentenbeginn – die Höhe der Leistung nicht garantiert wird. Die Wertentwicklung des Fondsguthabens in der Ansparphase hängt

von der Entwicklung der gewählten Investmentfonds ab und ist nicht vorhersehbar. Überschüsse entstehen dabei nur dann, wenn Sterblichkeit oder Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. Bei einer ggf. mitversicherten Beitragsgarantie stammen die Überschüsse im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen des sonstigen Kapitalanlagevermögens. An den Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach § 4 und 5 der Mindestzuführungsverordnung angemessen beteiligt. Bei Fonds-Renten ohne Beitragsgarantie fallen in der Ansparphase keine Bewertungsreserven an. Soweit bei Fonds-Renten mit Beitragsgarantie Bewertungsreserven vorhanden sind, wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren bei Vertragsbeendigung in der Ansparphase (durch Tod, Kündigung oder Kapitalabfindung) zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Bei Übergang in den Rentenbezug wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil zur Hälfte zugeteilt und nach den gleichen Maßstäben wie das Fondsguthaben in eine Rente umgerechnet, die zusätzlich lebenslang monatlich in gleich bleibender Höhe ausgezahlt wird. Auch in der Zeit des Rentenbezugs sind Sie an den Bewertungsreserven beteiligt.

(3) In der Rentenbezugsphase stammen die Überschüsse im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen des sonstigen Kapitalanlagevermögens. Von den Nettoerträgen der Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Weitere Überschüsse entstehen in der Rentenbezugsphase dann, wenn Lebenserwartung oder Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der genannten Verordnung angemessen beteiligt.

(4) Ihre Versicherung gehört in der Zeit bis zum Rentenbeginn zur Bestandsgruppe F der Fondsgebundenen Versicherungen und im Rentenbezug zur Bestandsgruppe R der Rentenversicherungen.

(5) Ihre Versicherung erhält in der Zeit bis zum Rentenbeginn laufende Gewinnanteile, die als Zuführung zum Fondsguthaben verwendet werden. Der Risikogewinnanteil wird monatlich ab Beginn in Prozent des Risikobeitrags und der Kostengewinnanteil ab dem 2. Versicherungsjahr in Prozent des gezahlten Beitrags und in Prozent des Fondsguthabens festgesetzt. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Garantieguthabens festgesetzt.

(6) Im Rentenbezug werden die Jahresgewinnanteile zur Finanzierung einer Gewinnrente in dynamischer oder flexibler Form verwendet. Bei der dynamischen Gewinnrente wird jeder Jahresüberschussanteil als Einmalbeitrag für eine zusätzliche lebenslange Rente verwendet, die ab dem Ausschüttungszeitpunkt garantiert ist. Bei der flexiblen Gewinnrente erhalten Sie ab Rentenbeginn eine erhöhte, nicht garantierte Rente, die bei unveränderter Festsetzung der laufenden Überschussbeteiligung und bei unveränderten sonstigen Verhältnissen Jahr für Jahr gleich bleibt. Ändert sich die laufende Überschussbeteiligung, dann kann auch die flexible Gewinnrente demzufolge fallen oder steigen. Die Jahresgewinnanteile werden für jedes Jahr der Rentenzahlung gewährt. Die Form der Gewinnrente muss erst zu Rentenbeginn festgelegt werden. Falls eine Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Renten gemäß § 1 Abs. 9 gezahlt wurde, gewähren wir während der Rentengarantiezeit Zinsgewinnanteile zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, solange die versicherte Person lebt. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals festgesetzt, verzinslich angesammelt und bei Tod der versicherten Person, spätestens zum Ablauf der Rentengarantiezeit ausgezahlt.

(7) Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jährlich ermittelt und deklariert und kann sich daher ändern. Verbindliche Angaben über die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung sind daher nicht möglich.

(8) Sollten die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen, kann eine Erhöhung des Deckungskapitals erforderlich werden (Nachreservierung). Dies kann zu einer Verringerung der Überschussbeteiligung führen. Dabei beschränken wir uns auf nicht bereits festgelegte Überschussanteile, d.h. zukünftig erwirtschaftete Überschussanteile oder Schlussüberschüsse.

§ 4 Was gilt bei Krieg?

Wir zahlen die vereinbarte Todesfall-Leistung abweichend von § 10 (1) b FR und § 7 ALB beim Tod des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen nur bis zur Höhe des für den Todestag berechneten Rückkaufswerts.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

Ist unsere Leistungspflicht bei Selbsttötung des Versicherten ausgeschlossen, zahlen wir abweichend von § 10 (1) b FR und § 8 ALB den für den Todestag berechneten Rückkaufswert, jedoch nicht mehr als eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung.

§ 6 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung nur vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn kündigen. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, führt dies zu einer Reduzierung des Beitrags. Eine Reduzierung des Beitrags ist nicht möglich, wenn die mit dem herabgesetzten Beitrag für die gesamte Beitragszahlungsdauer gebildete Beitragssumme nicht den Mindestbetrag von 2.500 Euro erreicht oder der verbleibende Beitrag unter die Summe von 600 Euro jährlich fällt. In diesem Fall müssen Sie also ganz kündigen.

(2) Bei Kündigung erhalten Sie – soweit bereits entstanden – den Rückkaufswert. Dieser entspricht dem Euro-Wert des Gesamtguthabens. Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Der Rückkaufswert erreicht nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Generell ist zu berücksichtigen, dass der Rückkaufswert bei einer guten Fondsentwicklung höher sein wird als bei einer weniger guten. Falls Sie bei Vertragsabschluss eine Beitragsgarantie eingeschlossen haben, erreicht der Rückkaufswert mindestens einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebetrags, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages abhängt (vgl. die im Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der Rückkaufswerte).

(3) Den Rückkaufswert erbringen wir grundsätzlich in Geld, ab einem Fondsguthaben von 2.500 Euro können Sie jedoch die Auszahlung als Naturalleistung (vgl. § 1(8)) verlangen. Sie können nach der Kündigung – für Sie kostenfrei – verlangen, dass der Rückkaufswert als Einzahlung für eine nicht fondsgebundene Lebens- oder Rentenversicherung zu dem dann geltenden Tarif verwendet wird. Wir sind dabei berechtigt, eine Erhöhung der versicherten Todesfall-Leistung von einer erneuten Risikoprüfung abhängig zu machen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung anstelle einer Kündigung

(4) Anstelle einer Kündigung können Sie unter den gleichen Voraussetzungen die vollständige oder teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen; dies ist für Sie kostenfrei. Von dem bestehenden Gesamtguthaben werden rückständige Beiträge abgezogen, und das so verbleibende Gesamtguthaben wird bis zum Ablauf der Aufschubzeit weiterentwickelt. Die Beitragssumme, die zur Ermittlung der Todesfall-Leistung zugrunde gelegt wird, wird dabei auf die bis zum Termin der Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge für die Fonds-Rente reduziert. Voraussetzung für die Beitragsfreistellung ist, dass ein Fondsguthaben von mindestens 2.500 Euro vorhanden ist, andernfalls wird der Rückkaufswert in Geld ausgezahlt. Eine vollständige oder teilweise Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung) vor dem ursprünglich vereinbarten Rentenzahlungsbeginn bis zur Höhe der zuletzt vor der Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge ist innerhalb von 3 Jahren, falls eine Beitragsgarantie mitversichert ist, und jederzeit, falls keine Beitragsgarantie mitversichert ist, möglich.

Bei Wiederinkraftsetzung haben Sie auch die Möglichkeit, den durch die beitragsfreie Zeit entgangenen Kapitalaufbau wiederherzustellen, indem Sie die Summe der nicht gezahlten Beiträge durch eine Ergänzungszahlung gemäß § 2 Absatz 1 in einem Betrag nachzahlen. Eine rückwirkende Anlage von Beiträgen erfolgt dabei nicht. Als weitere Möglichkeit zur Nachentrichtung unterbliebener Beiträge unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.

(5) Bei beitragsfreien Versicherungen kann die in § 2 Absatz 1 genannte monatliche Entnahme bei extrem ungünstiger Entwicklung der in den Anlagestücken enthaltenen Werte dazu führen, dass das gesamte Fondsguthaben vor Rentenbeginn aufgebraucht ist, und die Versicherung damit erlischt. Ein ggf. vorhandenes Garantieguthaben wird dann ausgezahlt.

(6) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Es stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungsleistung zur Verfügung. Generell ist zu berücksichtigen, dass beitragsfreie Versicherungsleistungen bei einer guten Fondsentwicklung höher sein werden als bei einer weniger guten.

Teilentnahmen

(7) Teilentnahmen aus dem Fondsguthaben in Höhe von mindestens 500 Euro sind jederzeit möglich, soweit das verbleibende Fondsguthaben mindestens 2.500 Euro beträgt. Für jede Teilentnahme wird eine Gebühr nach Kostenverzeichnis erhoben; diesen Betrag entnehmen wir dem Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrages.

§ 7 Wie berechnet sich Ihre Rente?

(1) Der Rentenfaktor für die bei Vertragsabschluss festgelegte Beitragsgarantie (ohne Dynamik, ohne Zuzahlungen) wird garantiert. Er basiert auf dem Rechnungszins von 1,25 %, den Annahmen der Lebenserwartung nach der Sterbetafel DAV 2004 R und den zu Versicherungsbeginn für Versicherungen im Rentenbezug aktuell einkalkulierten Kosten (Rechnungsgrundlagen). Dieser Rentenfaktor wird im Versicherungsschein genannt.

(2) Der Rentenfaktor für die Verrentung des restlichen Gesamtguthabens bei Rentenbeginn basiert auf den Rechnungsgrundlagen, die für Neuabschlüsse von aufgeschobenen Rentenversicherungen zu diesem Zeitpunkt von der Hannoverischen Leben verwendet werden.

Es werden mindestens 75 % des unter Abs.1 beschriebenen Rentenfaktors garantiert. Dieser garantierte Rentenfaktor wird ebenfalls im Versicherungsschein genannt.

Der bei Rentenbeginn ermittelte Rentenfaktor gilt für die gesamte Rentenbezugsphase. Die daraus berechnete Rente ist ab Rentenbeginn garantiert.

§ 8 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung beantragt wird?

(1) Bei Leistungen in Anteilen hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können.

(2) Voraussetzung für die Auszahlung von Versicherungsleistungen ist die Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Außerdem können wir vor jeder Renten- bzw. Kapitalzahlung ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt.

§ 9 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

(1) Wir veröffentlichen regelmäßig den Wert der Anteilseinheiten im Internet; falls diese Veröffentlichung nicht erfolgen sollte, werden wir Sie auf Ihren Wunsch hin schriftlich über den Wert der Anteilseinheiten informieren.

(2) Zum Ende eines jeden Versicherungsjahres erhalten Sie von uns eine Mitteilung, der Sie den Wert der Anteilseinheiten sowie den Wert des Fondsguthabens und des Garantieguthabens entnehmen können; der Wert des Fondsguthabens wird in Anteilseinheiten und als Geld-Betrag aufgeführt.

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

§ 10 Was gilt für die Berechnung und Aufteilung des Fondsguthabens?

Stichtage

(1) Für die Stichtage gelten die folgenden Festlegungen:

- Stichtag ist grundsätzlich der letzte Börsentag im Monat.
- Für Leistungen im Todesfall ist der Stichtag der letzte Börsentag des Monats, in dem uns der Tod mitgeteilt worden ist.
- Bei Kündigung des Versicherungsvertrages und Kapitalabfindung ist der Stichtag der letzte Börsentag des letzten Versicherungsmonats.

Börsentage

(2) Börsentage sind Tage mit Kursermittlung bzw. des Ankaufs oder Verkaufs von Investmentfonds-Anteilen an der Frankfurter Wertpapierbörse.

Leistung in Geld

(3) Wenn der Anspruchsberechtigte von uns Geld-Leistungen erhält, erfolgt die Ermittlung des Euro-Wertes des Fondsguthabens zu dem in Abs. 1 genannten Stichtag. Eine Auszahlung kann erst nach einer angemessenen Bearbeitungszeit nach Ermittlung des Euro-Wertes nach dem Monatsersten erfolgen. Lassen sich Investmentfonds-Anteile zum Stichtag nicht veräußern, so sind wir berechtigt, den Euro-Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, wenn wir die Investmentfonds-Anteile veräußert haben.

Änderung bzw. Umschichtung von Fondsanteilen

(4) Innerhalb eines Versicherungsjahres können Sie fünf Änderungen der prozentualen Aufteilung der künftigen Beiträge oder Umschichtungen bei den ausgewählten Fonds kostenfrei durchführen. Für jede weitere Änderung oder Umschichtung wird von uns eine Gebühr nach Kostenverzeichnis erhoben; Ausgabeaufschläge verlangen wir daneben nicht. Diesen Betrag entnehmen wir dem Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrages. Bei einer Umschichtung wird der

Euro-Wert des Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu gewählten Investmentfonds übertragen. Der Auftrag für die Änderung oder Umschichtung muss uns bis zum 15. eines Monats vorliegen, damit er zum folgenden Stichtag berücksichtigt werden kann. Die Auswahl der von uns angebotenen Investmentfonds kann sich im Laufe der Zeit ändern. Sie können bei Änderung oder Umschichtung von Fondsanteilen jeden Fonds wählen, in den zum Änderungszeitpunkt auch beim Abschluss eines entsprechenden neuen Versicherungsvertrages investiert werden könnte. Hat ein von Ihnen gewählter Fonds aufgrund gesetzlicher Ermächtigung die Rücknahme von Anteilen ausgesetzt, wird für die Dauer der Aussetzung eine Änderung oder Umschichtung aus diesem Fonds heraus ausgeschlossen. Die Aufteilung der künftigen Beiträge ist für jeden Vertrag auf maximal fünf Fonds beschränkt. Es können alle für Ihren Vertrag zugelassenen Fonds (bzw. Dachfonds) gleichzeitig gehalten werden.

Entnahmen aus dem Fondsguthaben

(5) Für die Entnahmen aus den einzelnen Teil-Fondsguthaben ist das Verhältnis ihrer Euro-Werte maßgebend.

Ersetzung von Investmentfonds

(6) In den folgenden und ähnlichen, von uns nicht beeinflussbaren Fällen, kann es erforderlich werden, dass wir einen Investmentfonds durch einen möglichst gleichartigen anderen Investmentfonds ersetzen. Beispiele für Fälle, bei denen wir die betroffenen Investmentfonds-Anteile in einen gleichartigen anderen Investmentfonds umschichten und auch die künftigen Beiträge in dem neuen Investmentfonds anlegen müssen, sind:

- die Schließung oder Auflösung eines Investmentfonds,
- die Einstellung von An- und Verkauf durch die Fondsgesellschaft.

Beispiele für Fälle, bei denen wir nur für die Anlage künftiger Beiträge einen anderen Investmentfonds wählen, sind:

- Beschränkung des Ankaufs,
- Änderungen von Gesetzen oder aufsichtsrechtlichen Anforderungen,
- nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Gebühren, die uns beim Fondskauf belastet werden. In diesem Fall sind wir auch berechtigt, statt dessen den Ausgabeaufschlag entsprechend anzuheben.

In derartigen Fällen werden Sie von uns schriftlich über den Zeitpunkt und den betroffenen Fonds informiert und erhalten von uns einen Vorschlag zu einem kostenfreien Fondswechsel in einen alternativen Fonds, der Ihrem bisherigen Anlageprofil entspricht. Sie haben vier Wochen Zeit, auf unseren Vorschlag zu reagieren und ggf. einen anderen Fonds zu benennen, bevor wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen werden. Selbstverständlich können Sie auch nach Ablauf der Frist kostenfrei in einen anderen Fonds aus unserer Fondsauswahl gemäß § 10 Abs. 4 umschichten.

Sollte die Fondsgesellschaft eine Ankündigung unterlassen oder eine Ankündigung erst kurzfristig durchführen, so dass eine Information mit vierwöchiger Frist nicht mehr möglich sein sollte, behalten wir uns vor, den betroffenen Fonds kostenfrei umgehend durch einen alternativen Fonds zu ersetzen, der Ihrem bisherigen Anlageprofil entspricht. Über die Ersetzung des Fonds werden wir Sie schriftlich informieren. Sie können anschließend selbstverständlich kostenfrei in einen anderen Fonds aus unserer Fondsauswahl gemäß § 10 Abs. 4 umschichten.

Im Falle der Schließung oder Auflösung eines Investmentfonds kann bei Leistung oder Rückkauf der Rücknahmepreis zur Ermittlung des Wertes einer Anteilseinheit nicht angesetzt werden, da wir die Anteile nicht an die Kapitalanlagegesellschaft zurückgeben können.

Schließung von Investmentfonds bei geringerem Fondsvolumen

(7) Wir können einen Investmentfonds aus unserem Fondsbestand streichen, an dem wir, über alle bei uns bestehenden Versicherungsverträge betrachtet, Anteile in einem Gesamtwert von weniger als 100.000 Euro halten. In diesem Fall werden

Sie von uns schriftlich darüber informiert, zu welchem Zeitpunkt und in welchen Fonds wir umschichten, falls Sie uns innerhalb von sechs Wochen keinen anderen der von uns für Ihre Versicherung angebotenen Fonds zur Umschichtung benennen. Bei der Auswahl des neuen Fonds werden wir einen in der Anlagestruktur vergleichbaren Fonds auswählen.

Besondere Bestimmungen für Kollektivversicherungen:

Die Überschrift in § 1 lautet „Kollektiv-FondsRente (Tarif KFR3)“. Abweichend von § 3 Absatz 4 gehört die Versicherung KFR3 im Rentenbezug zur Bestandsgruppe GR der Kollektiv-Rentenversicherungen.

**KOSTENVERZEICHNIS
FONDSRENTE**

Geschäftsvorfall	Gebühren
• Bis zu 5 Änderungen oder Umschichtungen von Fondsanteilen pro Jahr	kostenfrei
• Jede weitere Änderung oder Umschichtung	25,00 Euro
• Jede Teilentnahme	25,00 Euro
• Auszahlung als Naturalleistung	1 % des Geldwerts
– höchstens je zu übertragenden Fonds	50,00 Euro

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE SOFORTRENTE/ R15

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder eine Abfindung der Rentengarantiezeit beantragen?

§ 3 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

§ 4 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 1 Was ist versichert?

Sofortrente (Tarif R1)

Die versicherte Rente zahlen wir lebenslänglich monatlich an den vereinbarten Fälligkeitstagen, erstmals am vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die versicherte Rente im Falle des Todes der versicherten Person, mindestens für die vereinbarte Rentengarantiezeit.

Rente, die bei unveränderter Festsetzung der laufenden Überschussbeteiligung und bei unveränderten sonstigen Verhältnissen Jahr für Jahr gleich bleibt. Ändert sich die laufende Überschussbeteiligung, dann kann auch die flexible Gewinnrente demzufolge fallen oder steigen.

(4) In der Zeit des Rentenbezugs sind Sie an den Bewertungsreserven beteiligt.

§ 2 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder eine Abfindung der Rentengarantiezeit beantragen?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung nicht kündigen.

Abfindung der Rentengarantiezeit

(2) Soweit eine Rentengarantiezeit mitversichert ist, kann vom Bezugsberechtigten die volle oder einmalig die teilweise Kapitalabfindung der Rentengarantiezeit diskontiert mit dem Rechnungszins beantragt werden. Soweit eine Abfindung erfolgt ist, erlischt der Anspruch auf Rentenzahlung aus der Rentengarantiezeit, der Anspruch auf Rentenzahlung nach Ablauf der Rentengarantiezeit wird aber dadurch nicht beeinträchtigt.

§ 3 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Voraussetzung für die Auszahlung von Versicherungsleistungen ist die Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Außerdem können wir vor jeder Renten- bzw. Kapitalzahlung ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt.

(2) Nur für den Fall, dass für den Todesfall eine Leistung vereinbart ist, ist uns nach dem Tod des Versicherten ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der zum Tode führenden Krankheit vorzulegen. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 4 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe R der Rentenversicherungen. Wird die Versicherung vor Ablauf eines Versicherungsjahres beendet, erhält sie den zeitanteilig gekürzten Jahresgewinn.

(2) Die Jahresgewinnanteile bestehen aus einem Zinsgewinnanteil, der in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals festgesetzt wird.

(3) Die Jahresgewinnanteile werden zur Finanzierung einer Gewinnrente in dynamischer oder flexibler Form verwendet. Bei der dynamischen Gewinnrente wird jeder Jahresüberschussanteil als Einmalbeitrag für eine zusätzliche lebenslange Rente verwendet, die ab dem Ausschüttungszeitpunkt garantiert ist. Bei der flexiblen Gewinnrente erhalten Sie ab Rentenbeginn eine erhöhte, nicht garantierte

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE BAUSTEINRENTE / B16

Inhalt

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 3 Wie können Sie Ihr Kapitalwahlrecht ausüben?
- § 4 Was gilt bei Krieg?

- § 5 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?
- § 6 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?
- § 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 1 Was ist versichert?

Bausteinrente (Tarif R4)

Die Bausteinrente nach dem Tarif R4 ist ein modulares Rentenversicherungsprodukt mit flexibler Beitragszahlung und flexiblem Auszahlungsbeginn, das durch kombinierbare Vorsorgekomponenten (Grundbaustein /Optionen /Zusatzversicherungen) eine Anpassung an veränderte Lebenssituationen ermöglicht. Zusätzlich zum ursprünglich bei Vertragsabschluss vereinbarten Beitrag (Grundbeitrag) können ab mindestens 200 Euro bis zu 5.000 Euro im Kalenderjahr Zuzahlungen geleistet werden, die zu einer entsprechenden Erhöhung der garantierten Leistungen führen. Für Zuzahlungen können die zum Einzahlungszeitpunkt für Neuabschlüsse geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt werden.

Leistungen aus der Hauptversicherung (Grundbaustein)

(1) In der Ansparphase **vor** Beginn der Rentenzahlung (Aufschubzeit) erbringen wir folgende Leistungen:

Todesfall-Leistungen (Option /Zusatzversicherung)

a) Bei Tod der versicherten Person vor Rentenzahlungsbeginn wird je nach Vereinbarung bei Vertragsabschluss

- keine Leistung fällig oder
- es werden die eingezahlten Beiträge (ohne Beiträge für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen) zurückgezahlt (Beitragsrückgewähr) oder
- bei Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (siehe Abs.2 c) wird eine Hinterbliebenenrente gezahlt.

Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des 7. Lebensjahres, werden von der Todesfall-Leistung höchstens 8.000 Euro ausgezahlt.

Nach Beendigung der Aufschubzeit erbringen wir folgende Leistungen:

Rente

b) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn, zahlen wir die garantierte Rente lebenslanglich monatlich an den vereinbarten Fälligkeitstagen. Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die garantierte Rente im Falle des Todes der versicherten Person mindestens für die vereinbarte Rentengarantiezeit (vgl. Abs.e).

Vorzeitige Rente (Abrufphase)

c) Wenn die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat, beginnt nach Beendigung einer evtl. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Abrufphase. In der Abrufphase, die bis zum vereinbarten Rentenbeginn dauert, können Sie die Rentenzahlung bis spätestens 2 Monate vor dem gewünschten Rentenzahlungsbeginn vorzeitig abrufen. Der vorzeitige Abruf führt zu einer längeren Rentenlaufzeit und einer entsprechenden Herabsetzung der garantierten Rente. Er ist nur möglich, wenn die jährliche Mindestrente von 300 Euro zum Abruftermin erreicht wird.

Spätere Rente (Verfügungsphase)

d) Nach dem vereinbarten Rentenbeginn beginnt eine beitragsfreie Verfügungsphase von längstens fünf Jahren. Innerhalb der Verfügungsphase können Sie jederzeit die Rentenzahlung bis spätestens 2 Monate vor dem gewünschten Ren-

tenzahlungsbeginn beantragen. Die Rentenzahlung muss spätestens mit dem 80. Lebensjahr der versicherten Person beginnen. Wollen Sie in der Verfügungsphase die Versicherung beitragspflichtig weiterführen, kann eine zusätzliche aufgeschobene Rente nach den dann für Neuabschlüsse geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen abgeschlossen werden. Der spätere Rentenbeginn führt zu einer kürzeren Rentenlaufzeit und einer entsprechenden Erhöhung der garantierten Rente. Ist eine Beitragsrückgewähr mitversichert, wird bei Tod der versicherten Person in der Verfügungsphase das zum Beginn der Verfügungsphase erreichte Deckungskapital (ohne Zusatzversicherungen) ausgezahlt.

Hinterbliebenenschutz ab Rentenbeginn (Option)

e) Wenn in der Zeit bis zum Rentenzahlungsbeginn kein Hinterbliebenenschutz eingeschlossen ist, können Sie bis 3 Jahre vor Rentenzahlungsbeginn wählen, ob im Falle des Todes der versicherten Person nach Rentenzahlungsbeginn

- die versicherte Rente für die Dauer einer vereinbarten Rentengarantiezeit weitergezahlt werden soll oder
- der Hinterbliebenenschutz über eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung erfolgen soll.

Nach Ablauf dieser Frist ist der Einschluss einer Rentengarantiezeit oder einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung nur mit unserer Zustimmung – spätestens jedoch 2 Monate vor Rentenzahlungsbeginn – möglich.

Die Produktbeschreibung und sonstige Einzelheiten können den jeweiligen Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung entnommen werden. Dabei sind die für den Tarif H1 geltenden Vorschriften entsprechend anzuwenden. Wenn in der Zeit bis zum Rentenzahlungsbeginn schon die Absicherung einer Hinterbliebenenrente eingeschlossen ist, läuft diese auch nach Rentenzahlungsbeginn weiter.

Nachversicherungsgarantie

f) Haben Sie eine Beitragsrückgewähr eingeschlossen und weisen Sie uns die Eheschließung, die Begründung einer Lebenspartnerschaft, die Geburt oder Adoption eines Kindes, den Eintritt der Volljährigkeit, den Erwerb einer Immobilie oder den Eintritt in die Selbständigkeit (mit Kammerzugehörigkeit) der versicherten Person nach, sind Sie berechtigt, bis zu 20 Jahre vor dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rentenzahlungsbeginn ohne Gesundheitsprüfung zu einem zusätzlichen Beitrag eine zusätzliche Risikoversicherung über eine Versicherungssumme von höchstens 10.000 Euro für jedes Ereignis – bzw. 15.000 Euro bei mehreren Ereignissen innerhalb der Vertragslaufzeit – zu beantragen, wenn bereits bei Abschluss des Vertrages eine unbedenklich ausgefallene Gesundheitsprüfung vorgenommen wurde, die versicherte Person zum Zeitpunkt Ihres Antrags keine Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Pflegebedürftigkeit bezieht oder beantragt hat und die Anpassung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem zugrunde liegenden Ereignis (bis zu 6 Monate danach) steht (Nachversicherungsgarantie). Die Erhöhung wird nach den dann für Neuabschlüsse geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen mit der gleichen restlichen Aufschubdauer (in ganzen Jahren) wie die Bausteinrente mit Beitragsrückgewähr vorgenommen.

Mitversicherte Leistungen aus Zusatzversicherungen

(2) Soweit vereinbart, können Sie Ihren Versicherungsschutz vor Rentenbeginn durch folgende Zusatzbausteine erweitern. Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit können dabei nicht gleichzeitig abgesichert werden.

Berufsunfähigkeit

a) Durch Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie das Risiko der Berufsunfähigkeit absichern. Die Produktbeschreibung und sonstige Einzelheiten können den jeweiligen Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung entnommen werden.

Erwerbsunfähigkeit

b) Durch Einschluss einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie das Risiko der Erwerbsunfähigkeit absichern. Die Produktbeschreibung und sonstige Einzelheiten können den jeweiligen Besonderen Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung entnommen werden.

Hinterbliebenenschutz

c) Durch Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung können Sie Ihre Hinterbliebenen absichern. Die Produktbeschreibung und sonstige Einzelheiten können den jeweiligen Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung entnommen werden. Dabei sind die für den Tarif H2 geltenden Vorschriften entsprechend anzuwenden.

Zusätzliche Leistungen aus Überschussbeteiligung

(3) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Einzelheiten dazu sind in § 7 geregelt.

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

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung nur vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn kündigen.

(2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Jahresrente unter einen Mindestbetrag von 300 Euro sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.

(3) Ist für den Todesfall eine Beitragsrückgewähr vereinbart, erhalten Sie im Falle einer Kündigung – soweit bereits entstanden – den Rückkaufswert. Höchstens wird jedoch die bei Tod fällig werdende Beitragsrückgewähr ausgezahlt. Übersteigt der Rückkaufswert die bei Tod fällige Beitragsrückgewähr, so bilden wir aus dem übersteigenden Betrag eine beitragsfreie Rente (ohne Todesfall-Leistungen), die zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn fällig wird. Der Rückkaufswert erreicht jedoch mindestens einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebetrag, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages abhängt (vgl. die im Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der Rückkaufswerte).

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Beantragen Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, wird die versicherte Jahresrente auf eine beitragsfreie Rente herabgesetzt, die mindestens eine bei Vertragsabschluss vereinbarte Garantierente erreicht (vgl. die im Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der beitragsfreien Renten). Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag

mindert sich um rückständige Beiträge. Nach einer Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von zwei Jahren die Beitragszahlung zu den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen fortsetzen.

(5) Sie können auch eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen. Eine Fortführung der Versicherung unter teilweiser Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn die beitragspflichtige Jahresrente einen Mindestbetrag von 300 Euro erreicht, andernfalls wird die Versicherung insgesamt beitragsfrei gestellt. Unter den gleichen Voraussetzungen wie bei der vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht (Abs.4) können Sie auch bei der teilweisen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht die Beitragszahlung fortsetzen.

Abfindung der Rentengarantiezeit

(6) Soweit eine Rentengarantiezeit mitversichert ist, kann in der Rentenbezugsphase vom Bezugsberechtigten die volle oder einmalig die teilweise Kapitalabfindung der Rentengarantiezeit, diskontiert mit dem jeweils zugrunde liegenden Rechnungszins beantragt werden. Mit der Abfindung erlischt der Anspruch auf Rentenzahlung aus der Rentengarantiezeit, der Anspruch auf Rentenzahlung nach Ablauf der Rentengarantiezeit wird aber dadurch nicht beeinträchtigt.

§ 3 Wie können Sie Ihr Kapitalwahlrecht ausüben?

(1) Ihnen steht ein Kapitalwahlrecht zu, nicht jedoch in der Abrufphase. Sie können das Kapitalwahlrecht auch teilweise ausüben.

(2) Bei einer Bausteinrente mit Beitragsrückgewähr können Sie bis zum ursprünglich vereinbarten Rentenzahlungsbeginn oder in der Verfügungsphase beantragen, dass anstelle der Rente an ihrem ersten Fälligkeitstag als Kapitalabfindung das erreichte Deckungskapital gezahlt wird, sofern die versicherte Person dann noch lebt; die Auszahlung der Kapitalabfindung erfolgt nach Ablauf einer angemessenen Bearbeitungsfrist.

(3) Bei einer Bausteinrente ohne Beitragsrückgewähr können Sie die Kapitalabfindung spätestens 5 Jahre vor dem Rentenzahlungsbeginn beantragen; an den Ablauf dieser Frist werden wir Sie rechtzeitig erinnern.

§ 4 Was gilt bei Krieg?

Ist für den Todesfall eine Kapitalleistung versichert, zahlen wir diese beim Tod des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen nur bis zur Höhe des für den Todestag berechneten Rückkaufswerts. Für den Todesfall versicherte Rentenleistungen vermindern sich auf den Betrag, den wir aus dem dafür berechneten Rückkaufswert erbringen können. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn der Versicherte in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen er während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen er nicht aktiv beteiligt war.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

Ist unsere Leistungspflicht bei Selbsttötung des Versicherten nach § 8 ALB ausgeschlossen, zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert, jedoch nicht mehr als eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung. Für den Todesfall versicherte Rentenleistungen vermindern sich auf den Betrag, den wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufswert erbringen können.

§ 6 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Voraussetzung für die Auszahlung von Versicherungsleistungen ist die Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Außerdem können wir vor jeder Renten- bzw. Kapitalzahlung ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt.

(2) Nur für den Fall, dass für den Todesfall eine Leistung vereinbart ist, ist uns nach dem Tod des Versicherten ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der zum Tode führenden Krankheit vorzulegen.

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe R der Rentenversicherungen. Die Versicherungen erhalten eine Überschussbeteiligung nach mindestens einjähriger Dauer. Jahresgewinnanteile werden vor dem Rentenzahlungsbeginn für jedes mit dem vollen tariflichen Beitrag belegte Versicherungsjahr nach dessen Ablauf gewährt; nach dem Rentenzahlungsbeginn werden sie für jedes zu durchlaufende Jahr der Rentenzahlung zu dessen Beginn gewährt. Wird die Versicherung nach mindestens einjähriger Dauer vor Ablauf eines Versicherungsjahres beendet, erhält sie den zeitanteilig gekürzten Jahresgewinn.

(2) Die Jahresgewinnanteile bestehen aus einem Zinsgewinnanteil und bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zusätzlich aus einem Grundgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals der einzelnen Versicherung festgesetzt, der Grundgewinnanteil in Prozent des fälligen Beitrags. Zuzahlungen werden ab dem nächsten auf den Einzahlungstag folgenden Stichtag berücksichtigt.

(3) Bei Vertragsabschluss können Sie als Gewinnverwendung für die Aufschiebung bis zum Rentenzahlungsbeginn wählen:

a) Verzinsliche Ansammlung

Die bis zum vereinbarten Rentenbeginn gutgeschriebenen Gewinnanteile sammeln wir für Sie in einem verzinslichen Guthaben an, das bei Kündigung oder Tod vor Rentenbeginn ausgezahlt wird. Das zum Rentenbeginn vorhandene Gewinn Guthaben wird nach den dann für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) in eine Rente mit gleichen Tarifmerkmalen umgewandelt, die wir ab diesem Zeitpunkt lebenslang monatlich in gleichbleibender Höhe auszahlen.

b) Rentenerhöhung (Gewinnrente)

Die Jahresgewinnanteile werden zur Erhöhung der versicherten Rente (Gewinnrente) verwendet. Aus der Gewinnrente wird keine Leistung bei Rückkauf oder Tod fällig. Bei Rentenbeginn wird das vorhandene Deckungskapital der Gewinnrente nach den dann für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) verrentet, mindestens aber die zum Rentenbeginn erreichte Gewinnrente lebenslang gezahlt.

Soweit Bewertungsreserven vorhanden sind, wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren bei Vertragsbeendigung in der Ansparphase (durch Tod, Kündigung mit vollständiger Vertragsbeendigung oder Kapitalabfindung) zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Bei Übergang in den Rentenbezug wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil zur Hälfte zugeteilt und nach den gleichen Maßstäben wie das Gewinn Guthaben bzw. das Deckungskapital der Gewinnrente zur Erhöhung der garantierten Rente verwendet. Auch in der Zeit des Rentenbezugs sind Sie an den Bewertungsreserven beteiligt.

(4) Im Rentenbezug werden die Jahresgewinnanteile zur Finanzierung einer Gewinnrente in dynamischer oder flexibler Form verwendet. Bei der dynamischen Gewinnrente wird jeder Jahresüberschussanteil als Einmalbeitrag für eine zusätzliche lebenslange Rente verwendet, die ab dem Ausschüttungszeitpunkt garantiert ist. Bei der flexiblen Gewinnrente erhalten Sie ab Rentenbeginn eine erhöhte, nicht garantierte Rente, die bei unveränderter Festsetzung der laufenden Überschussbeteiligung und bei unveränderten sonstigen Verhältnissen Jahr für Jahr gleich bleibt. Ändert sich die laufende Überschussbeteiligung, dann kann auch die flexible Gewinnrente demzufolge fallen oder steigen. Die Form der Gewinnrente muss erst zu Rentenbeginn festgelegt werden.

(5) Bei Erlöschen oder vorzeitigem Abruf der Rentenzahlung innerhalb einer vorhandenen Abrufphase kann höchstens für den Zeitraum der letzten fünf Jahre dieser Abrufphase und den fünf vor diesem Zeitraum liegenden Jahren zusätzlich noch ein Schlussbonus gewährt werden. Bei Verträgen ohne Abrufphase kann bei Erlöschen in den letzten fünf Jahren vor dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rentenzahlungsbeginn zusätzlich noch ein Schlussbonus gewährt werden. Der Schlussbonus wird in Prozent des vorhandenen Gewinn Guthabens bzw. in Prozent des Deckungskapitals der Gewinnrente berechnet. Der Schlussbonus wird zum Rentenbeginn nach dann für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) in eine lebenslang monatlich zahlbare Rente umgerechnet.

Besondere Bestimmungen für Kollektivversicherungen:

Die Überschrift in § 1 lautet „Kollektiv-Bausteinrente (Tarif KR4)“. Abweichend von § 7 Absatz 1 gehört die Versicherung zur Bestandsgruppe GR der Kollektiv-Rentenversicherungen.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE BASISRENTE / RB16

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

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

§ 3 Wer erhält die Versicherungsleistung?

§ 4 Was gilt bei Krieg?

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

Wir bieten Ihnen die Basisrente gemäß § 10 Abs.1 Nr.2 b) EStG an. Werden Zusatzversicherungen eingeschlossen, ist in jedem Fall sichergestellt, dass mehr als 50 % des zu zahlenden Beitrags auf Ihre Altersvorsorge entfällt. Sie sind als Versicherungsnehmer und als versicherte Person unser Vertragspartner, Beitragszahler und Leistungsempfänger.

§ 1 Was ist versichert?

(1) Basisrente/Sofort (Tarif RB 1)

Die versicherte Rente zahlen wir Ihnen lebenslänglich monatlich an den vereinbarten Fälligkeitstagen in gleich bleibender oder steigender Höhe, erstmals am vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Garantierente steht bei Vertragsabschluss auf der Grundlage der Sterbetafel DAV 2004 R und eines Rechnungszinses von 1,25 % fest; sie sinkt während des Rentenbezuges nicht. Zum Versicherungsbeginn müssen Sie das 62. Lebensjahr vollendet haben. Über die Rentenzahlungen hinaus erfolgen keine Auszahlungen. Ein Kapitalwahlrecht besteht nicht. Die Abfindung einer Kleinbetragsrente im Sinne von § 10 Absatz 1 Sätze 3 u. 4 i. V. m. § 93 Abs. 3 Satz 2 EStG ist allerdings zulässig. Wir können bis zu zwölf Monatsrenten zu einer Auszahlung zusammenfassen, falls die monatliche Rente bei Rentenzahlungsbeginn weniger als 10 Euro beträgt.

Ist für den Rentenbezug ein Zeitraum (Rentengarantiezeit) vereinbart, in dem bei Ihrem Tod eine Leistung an Hinterbliebene fällig wird, zahlen wir im Falle des Todes der versicherten Person das Altersvorsorgerestkapital, das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für die Zahlung der Rente bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit zur Verfügung steht, an einen Hinterbliebenen (Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder, für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) in Form einer monatlichen Rente aus. Diese Rente wird an den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner lebenslang gezahlt und an Kinder befristet bis zu dem in § 32 EStG genannten Zeitraum und solange die dort genannten Voraussetzungen vorliegen. Ist zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person kein Hinterbliebener vorhanden, erlischt die Versicherung.

Bei Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (siehe Abs. 2 e) wird im Falle des Todes der versicherten Person eine lebenslange Hinterbliebenenrente gezahlt.

(2) Basisrente/Klassik (Tarif RB 4)

Rente

a) Erleben Sie den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn, zahlen wir Ihnen die versicherte monatliche Rente lebenslang an den vereinbarten Fälligkeitstagen in gleich bleibender oder steigender Höhe. Die Garantierente steht bei Vertragsabschluss auf der Grundlage der Sterbetafel DAV 2004 R und eines Rechnungszinses von 1,25 % fest; sie sinkt während des Rentenbezuges nicht. Die Rentenzahlung erhalten Sie frühestens ab Vollendung des 62. Lebensjahres. Über die Rentenzahlungen hinaus erfolgen keine Auszahlungen. Ein Kapitalwahlrecht besteht nicht. Die Abfindung einer Kleinbetragsrente im Sinne von § 10 Absatz 1 Sätze 3 u. 4 i. V. m. § 93 Abs. 3 Satz 2 EStG ist allerdings zulässig. Wir können bis zu zwölf Monatsrenten zu einer Auszahlung zusammenfassen, falls die monatliche Rente bei Rentenzahlungsbeginn weniger als 10 Euro beträgt.

§ 6 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 8 Wie ist das Verhältnis zu anderen Bedingungen?

§ 9 Wie erhöhen sich Beitrag und Rente bei Dynamik?

Zusätzlich zum ursprünglich bei Vertragsabschluss vereinbarten Jahresbeitrag (Grundbeitrag) können ab mindestens 200 Euro bis zum für das Kalenderjahr steuerlich absetzbaren Höchstbeitrag Zuzahlungen geleistet werden, die zu einer entsprechenden Erhöhung der garantierten Rente führen. Für Zuzahlungen können die zum Einzahlungszeitpunkt für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) zugrunde gelegt werden. Optional können eine Beitragsrückgewähr vor Rentenbeginn und (bis zwei Monate vor Rentenbeginn) eine Rentengarantiezeit für Hinterbliebene (Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder, für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) oder eine Dynamik eingeschlossen werden.

Ist für den Rentenbezug ein Zeitraum (Rentengarantiezeit) vereinbart, in dem bei Ihrem Tod eine Leistung an Hinterbliebene fällig wird, zahlen wir im Falle des Todes der versicherten Person das Altersvorsorgerestkapital, das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für die Zahlung der Rente bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit zur Verfügung steht, an einen Hinterbliebenen (Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder, für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) in Form einer monatlichen Rente aus. Diese Rente wird an den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner lebenslang gezahlt und an Kinder befristet bis zu dem in § 32 EStG genannten Zeitraum und solange die dort genannten Voraussetzungen vorliegen. Ist zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person kein Hinterbliebener vorhanden, erlischt die Versicherung.

Bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in den Vertrag übernehmen wir die Beitragszahlung für die Basisrente nach Maßgabe der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Basisrente.

In der Ansparphase vor Beginn der Rentenzahlung (Aufschubzeit) erbringen wir folgende Leistungen:

Todesfall-Leistungen (Option/Zusatzversicherung)

b) Bei Tod der versicherten Person vor Rentenzahlungsbeginn wird je nach Vereinbarung bei Vertragsabschluss

- keine Leistung fällig oder
- es werden die eingezahlten Beiträge (ohne Beiträge für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen) in Form einer Rente an Hinterbliebene (Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder, für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) zurückgezahlt (Beitragsrückgewähr) oder
- bei Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (siehe § 1 Abs. 2 e) wird eine lebenslange Hinterbliebenenrente gezahlt.

Nach Beendigung der Aufschubzeit erbringen wir folgende Leistungen:

Vorzeitige Rente (Abrufphase)

c) Wenn die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat, beginnt nach Beendigung einer evtl. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Abrufphase. In der Abrufphase, die bis zum vereinbarten Rentenbeginn (spätestens

bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres) dauert, können Sie die Rentenzahlung bis spätestens 2 Monate vor dem gewünschten Rentenzahlungsbeginn vorzeitig abrufen. Der vorzeitige Abruf führt zu einer längeren Rentenlaufzeit und einer entsprechenden Herabsetzung der garantierten Rente.

Spätere Rente (Verfügungsphase)

d) Nach dem vereinbarten Rentenbeginn beginnt eine beitragsfreie Verfügungsphase von längstens fünf Jahren. Innerhalb der Verfügungsphase können Sie jederzeit die Rentenzahlung bis spätestens 2 Monate vor dem gewünschten Rentenzahlungsbeginn beantragen. Die Rentenzahlung muss spätestens mit dem 80. Lebensjahr der versicherten Person beginnen. Der spätere Rentenbeginn führt zu einer kürzeren Rentenlaufzeit und einer entsprechenden Erhöhung der garantierten Rente.

Hinterbliebenenschutz

e) Sie können bis 3 Jahre vor Rentenzahlungsbeginn eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung ab Rentenbeginn für den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner einschließen, falls bis dahin kein Hinterbliebenenschutz vereinbart wurde. Nach Ablauf dieser Frist ist der Einschluss nur mit unserer Zustimmung – spätestens jedoch 2 Monate vor Rentenzahlungsbeginn – möglich. Ein Kapitalwahlrecht ist ausgeschlossen. Statt dessen können Sie bis 3 Jahre vor Rentenzahlungsbeginn wählen, ob im Falle des Todes der versicherten Person während einer vereinbarten Rentengarantiezeit eine monatliche Rente an die berechtigten Hinterbliebenen (Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder, für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) gezahlt werden soll, falls bis dahin kein Hinterbliebenenschutz vereinbart wurde. Nach Ablauf dieser Frist ist der Einschluss nur mit unserer Zustimmung – spätestens jedoch 2 Monate vor Rentenzahlungsbeginn – möglich. Diese Rente wird an den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner lebenslang gezahlt und an Kinder befristet bis zu dem in § 32 EStG genannten Zeitraum und solange die dort genannten Voraussetzungen vorliegen. Ist zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person kein Hinterbliebener vorhanden, erlischt die Versicherung.

Nachversicherungsgarantie

f) Haben Sie eine Beitragsrückgewähr eingeschlossen und weisen Sie uns die Eheschließung, die Begründung einer Lebenspartnerschaft, die Geburt oder Adoption eines Kindes, den Eintritt der Volljährigkeit, den Erwerb einer Immobilie oder den Eintritt in die Selbständigkeit (mit Kammerzugehörigkeit) der versicherten Person nach, sind Sie berechtigt, bis zu 20 Jahre vor dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rentenzahlungsbeginn ohne Gesundheitsprüfung zu einem zusätzlichen Beitrag eine zusätzliche Risikoversicherung über eine Versicherungssumme von höchstens 10.000 Euro für jedes Ereignis – bzw. 15.000 Euro bei mehreren Ereignissen innerhalb der Vertragslaufzeit – zu beantragen, wenn bereits bei Abschluss des Vertrages eine unbedenklich ausgefallene Gesundheitsprüfung vorgenommen wurde, die versicherte Person zum Zeitpunkt Ihres Antrags keine Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Pflegebedürftigkeit bezieht oder beantragt hat und die Anpassung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem zugrunde liegenden Ereignis (bis zu 6 Monate danach) steht (Nachversicherungsgarantie). Die Erhöhung wird nach den dann für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) mit der gleichen restlichen Aufschubdauer (in ganzen Jahren) wie die Basisrente/Klassik mit Beitragsrückgewähr vorgenommen.

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

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung nur vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn kündigen. Bei Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um. Für die Bemessung der herabgesetzten beitragsfreien Rente gilt Absatz 3. Ein Anspruch auf eine Auszahlung bei Kündigung besteht nicht.

Kündigung zur Übertragung auf einen anderen Vertrag

(2) Auf Antrag können Sie den Übertragungswert Ihrer Versicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Vierteljahresschluss auf einen anderen Vertrag, der den Anforderungen des § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG entsprechen muss, auf einen anderen Anbieter übertragen lassen. Dieser Vertrag muss auf Ihren Namen lauten. Nach Beginn der Rentenzahlung ist eine Übertragung nicht mehr möglich. Der Übertragungswert entspricht dem zum Übertragungszeitpunkt vorhandenen Deckungskapital zuzüglich der vorhandenen Überschussbeteiligung nach § 7. Im Falle der Übertragung auf einen anderen Anbieter entstehen Ihnen keine Kosten. Das Kapital kann nicht an Sie ausgezahlt, sondern nur direkt auf den neuen Vertrag übertragen werden. Hierzu müssen Sie uns mit Ihrem Antrag auf Übertragung mitteilen, auf welchen Vertrag das Kapital übertragen werden soll. Sie müssen uns dazu nachweisen, dass dieser Vertrag den Anforderungen des § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG entspricht.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(3) Beantragen Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, wird die versicherte Jahresrente auf eine beitragsfreie Rente herabgesetzt, die mindestens eine bei Vertragsabschluss vereinbarte Garantierente erreicht (vgl. die im Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der beitragsfreien Renten). Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Nach einer Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von 2 Jahren die Beitragszahlung zu den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen fortsetzen.

(4) Sie können auch eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen. Eine Fortführung der Versicherung unter teilweiser Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn die beitragspflichtige Jahresrente einen Mindestbetrag von 300 Euro erreicht, andernfalls wird die Versicherung insgesamt beitragsfrei gestellt. Unter den gleichen Voraussetzungen wie bei der vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht (Abs. 3) können Sie auch nach der teilweisen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht die Beitragszahlung fortsetzen.

§ 3 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer.

(2) Die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag sind nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar. Sie können sie daher nicht abtreten oder verpfänden und auch keinen Bezugsberechtigten benennen. Auch die Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft ist ausgeschlossen. Eine nachträgliche Änderung dieser Voraussetzungen ist ausgeschlossen.

§ 4 Was gilt bei Krieg?

Für den Todesfall versicherte Rentenleistungen vermindern sich auf den Betrag, den wir aus dem dafür berechneten Rückkaufswert erbringen können. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn der Versicherte in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen er während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen er nicht aktiv beteiligt war.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

Ist unsere Leistungspflicht bei Selbsttötung des Versicherten nach § 8 Abs.1 ALB ausgeschlossen, vermindern sich die für den Todesfall versicherten Rentenleistungen auf den Betrag, den wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufswert erbringen können.

§ 6 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Voraussetzung für die Auszahlung von Versicherungsleistungen ist die Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag Ihrer Geburt. Außerdem können wir vor jeder Rentenzahlung ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass Sie noch leben.

(2) Ihr Tod ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Nur für den Fall, dass für den Todesfall eine Leistung vereinbart ist, ist uns nach dem Tod des Versicherten ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der zum Tode führenden Krankheit vorzulegen.

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe R der Rentenversicherungen. Die Versicherungen erhalten eine Überschussbeteiligung nach mindestens einjähriger Dauer. Jahresgewinnanteile werden vor dem Rentenzahlungsbeginn für jedes mit dem vollen tariflichen Beitrag belegte Versicherungsjahr nach dessen Ablauf gewährt; nach dem Rentenzahlungsbeginn werden sie für jedes zu durchlaufende Jahr der Rentenzahlung zu dessen Beginn gewährt. Wird die Versicherung nach mindestens einjähriger Dauer vor Ablauf eines Versicherungsjahres beendet, erhält sie den zeitanteilig gekürzten Jahresgewinn.

(2) Die Jahresgewinnanteile bestehen aus einem Zinsgewinnanteil und bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zusätzlich aus einem Grundgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals der einzelnen Versicherung festgesetzt, der Grundgewinnanteil in Prozent des fälligen Beitrags. Zuzahlungen werden ab dem nächsten auf den Einzahlungstag folgenden Jahrestag Ihres Versicherungsbegins berücksichtigt.

(3) Für den Zeitraum bis zum Rentenzahlungsbeginn kann bei Vertragsabschluss als Gewinnverwendung Gewinnrente (Rentenerhöhung) oder verzinsliche Ansammlung gewählt werden. Aus der Überschussbeteiligung wird bei Wahl der Gewinnrente keine Leistung bei Rückkauf oder Tod fällig. Bei verzinslicher Ansammlung wird im Todesfall nur eine Leistung an Hinterbliebene (Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder, für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) fällig.

(4) Bei Rentenbeginn wird das vorhandene Deckungskapital der Gewinnrente bzw. das vorhandene Gewinn Guthaben nach dann für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) verrentet, mindestens aber die zum Rentenbeginn erreichte Gewinnrente lebenslang gezahlt.

(5) Im Rentenbezug werden die Jahresgewinnanteile zur Finanzierung einer Gewinnrente in dynamischer oder flexibler Form verwendet. Bei der dynamischen Gewinnrente wird jeder Jahresüberschussanteil als Einmalbeitrag für eine zusätzliche lebenslange Rente verwendet, die ab dem Ausschüttungszeitpunkt garantiert ist. Bei der flexiblen Gewinnrente erhalten Sie ab Rentenbeginn eine erhöhte, nicht garantierte Rente, die bei unveränderter Festsetzung der laufenden Überschussbeteiligung und bei unveränderten sonstigen Verhältnissen Jahr für Jahr gleich bleibt. Ändert sich die laufende Überschussbeteiligung, dann kann auch die flexible Gewinnrente demzufolge fallen oder steigen. Die Form der Gewinnrente muss erst zu Rentenbeginn festgelegt werden. Der auf Basis des bei Beginn der Auszahlungsphase garantierten Kapitals zuzüglich der unwiderruflich zugeteilten Überschüsse zu errechnende Rentenbetrag wird während der gesamten Auszahlungsphase nicht unterschritten.

(6) Bei Erlöschen oder vorzeitigem Abruf der Rentenzahlung innerhalb einer vorhandenen Abrufphase kann höchstens für den Zeitraum der letzten 5 Jahre dieser Abrufphase und den 5 vor diesem Zeitraum liegenden Jahren zusätzlich noch ein Schlussbonus gewährt werden. Bei Verträgen ohne Abrufphase kann bei Erlöschen in den letzten 5 Jahren vor dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rentenzahlungsbeginn zusätzlich noch ein Schlussbonus gewährt werden. Der Schlussbonus wird in Prozent des Deckungskapitals der Gewinnrente bzw. in Prozent des vorhandenen Gewinn Guthabens berechnet. Der Schlussbonus wird zum Rentenbeginn nach dann für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) in eine lebenslang monatlich zahlbare Rente umgerechnet.

(7) Soweit Bewertungsreserven vorhanden sind, wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren bei Vertragsbeendigung im Todesfall in der Ansparphase zur Hälfte zugeteilt und in Form einer Rente an Hinterbliebene (Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder, für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) gezahlt. Bei Übergang in den Rentenbezug wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil zur Hälfte zugeteilt und nach den gleichen Maßstäben wie das Gewinn Guthaben bzw. das Deckungskapital der Gewinnrente zur Erhöhung der garantierten Rente verwendet. Auch in der Zeit des Rentenbezugs sind Sie an den Bewertungsreserven beteiligt.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zu anderen Bedingungen?

Die Besonderen Bedingungen für die Basisrente bilden zusammen mit den Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung und den Besonderen Bedingungen für eine ggf. eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sowie für eine ggf. eingeschlossene Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung die rechtliche Grundlage für Ihren Vertrag. Die Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Basisrente und die Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung gelten jedoch nur, soweit sie den Regelungen des zertifizierten Basisrentenvertrages und den Vorschriften des AltZertG nicht widersprechen bzw. diesen nicht entgegen stehen (maßgeblich ist die zum Zeitpunkt des Abschlusses des Basisrentenvertrages geltende Fassung des AltZertG).

§ 9 Wie erhöhen sich Beitrag und Rente bei Dynamik?

(1) Ist eine Dynamik (Tarif D) in Ihrem Vertrag eingeschlossen, erhöhen sich Beitrag und versicherte Rente planmäßig, ohne dass für die Erhöhung eine Gesundheitsprüfung erforderlich wird. Die Erhöhung erfolgt nach den am Erhöhungstermin jeweils für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen.

(2) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich je nach Vereinbarung bei Vertragsabschluss entweder laufend um einen festen Prozentsatz, mindestens um 3 %, höchstens um 10 % des Vorjahresbeitrages. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Erhöhungen erfolgen letztmals 2 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch spätestens, wenn der Versicherte das Alter von 64 Jahren erreicht hat.

(3) Die Erhöhungen des Beitrages und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

(4) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen wird Ihnen die neue beitragsfreie Versicherungsleistung zusammen mit der Erhöhung mitgeteilt.

(5) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden die entsprechenden Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht. Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt. Lebt Ihre Beitragspflicht wieder auf, weil der Grad der Berufsunfähigkeit sich entsprechend vermindert hat, wird bei künftigen Erhöhungen im Rahmen der Dynamik auch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wieder angepasst.

(6) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen des § 6 Abs. 13 ALB (Verletzung der Anzeigepflicht) und des § 8 ALB (Selbsttötung) nicht erneut in Lauf.

(7) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr spätestens 50 Tage nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 50 Tagen nach dem Erhöhungstermin zahlen. Sollten Sie dreimal nacheinander auf eine mögliche Erhöhung verzichten, ist für künftige Erhöhungen eine neue Gesundheitsprüfung erforderlich, sofern auch bei Vertragsabschluss eine Gesundheitsprüfung erforderlich war. In diesem Fall sind weitere Erhöhungen aber ausgeschlossen, wenn Ihre Versicherung zu einem für den Neuzugang geschlossenen Tarif gehört.

Besondere Bestimmungen für Kollektivversicherungen:

Die Überschrift in § 1 Absatz 2 lautet „Kollektiv-Basisrente/Klassik (Tarif KRB 4)“. Abweichend von § 7 Absatz 1 gehört die Versicherung zur Bestandsgruppe GR der Kollektiv-Rentenversicherungen.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE FONDSGEBUNDENE BASISRENTEN-VERSICHERUNG / FRB16

ERLÄUTERUNG VON BEGRIFFEN

Zur besseren Verständlichkeit erläutern wir Ihnen nachfolgend einige für Ihre Versicherung wichtige Begriffe.

Abrufphase	In dieser Phase können Sie den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn vorverlegen. Die Rente zahlen wir Ihnen dann schon entsprechend früher aus.
Anlagestock	Wird gesondert vom sonstigen Kapitalanlagevermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteeinheiten aufgeteilt.
Anteeinheit	Investmentfonds-Anteil (Teil des Sondervermögens, das in einem oder mehreren Anlagestöcken besteht).
Aufschubzeit	Zeitraum vom im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn bis zum Rentenbeginn.
Ausgabeaufschlag	Einmalige Gebühr beim Erwerb von Fondsanteilen
Beitragssumme	Summe aller während der Vertragslaufzeit zu zahlenden Beiträge für die Fonds-Rente (ohne Beiträge für Zusatzversicherungen). Künftige Dynamikerhöhungen oder Zuzahlungen werden erst mit deren Inkrafttreten eingerechnet.
Börsentage	Tage mit Kursermittlung bzw. des Ankaufs oder Verkaufs von Investmentfonds-Anteilen an der Frankfurter Wertpapierbörse.
Fondsguthaben	Wert der insgesamt Ihrem Vertrag gutgeschriebenen Anteeinheiten.
Garantie Guthaben	Guthaben aus der Beitragsgarantie (soweit diese mitversichert ist).
Gesamtguthaben	Setzt sich aus dem Fondsguthaben und (soweit eine Beitragsgarantie mitversichert ist) dem evtl. vorhandenem Garantie Guthaben zusammen.
Rentenbezugsphase	In dieser Phase wird die Rente ausgezahlt.
Rentenfaktor	Faktor für die Umrechnung von je 10.000 Euro Guthaben in eine monatliche lebenslange Rente.
Rentengarantiezeit	Zeitraum, für den die vereinbarte Rente – auch bei Tod der versicherten Person – nach Rentenbeginn mindestens gezahlt wird.
Stichtag	Termin für den Kauf bzw. Verkauf von Anteeinheiten.
Verfügungsphase	In dieser Phase kann die Rentenzahlung beitragsfrei auf einen Termin nach dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn verschoben werden. Die Rente zahlen wir Ihnen dann entsprechend später aus.

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Wie können Sie Ihre Beiträge zahlen und wie verwenden wir Ihre Beiträge?

§ 3 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 4 Was gilt bei Krieg?

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

§ 6 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

§ 7 Wie berechnet sich Ihre Rente?

§ 8 Wer erhält die Versicherungsleistung?

§ 9 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

§ 10 Was gilt für die Berechnung und Aufteilung des Fondsguthabens?

§ 11 Wie ist das Verhältnis zu anderen Bedingungen?

§ 12 Wie erhöhen sich Beitrag und Rente bei Dynamik?

Wir bieten Ihnen die Basisrente gemäß § 10 Abs.1 Nr.2 b) EStG an. Werden Zusatzversicherungen eingeschlossen, ist in jedem Fall sichergestellt, dass mehr als 50 % des zu zahlenden Beitrags auf Ihre Altersvorsorge entfällt. Sie sind als Versicherungsnehmer und als versicherte Person unser Vertragspartner, Beitragszahler und Leistungsempfänger.

§ 1 Was ist versichert?

Basisrente/Invest (Tarif FRB3)

(1) Die fondsgebundene Basisrentenversicherung nach dem Tarif FRB3 ist eine Versicherung mit lebenslanger Rentenzahlung bei flexiblem Rentenzahlungsbeginn, flexibler Beitragszahlung, optionaler Beitragsgarantie, optionaler Dynamik, optionaler Rentengarantiezeit und mit garantierter Todesfall-Leistung bei Tod in der Aufschubzeit. Ausgabeaufschläge werden nicht erhoben.

Zum Rentenbeginn müssen Sie das 62. Lebensjahr vollendet haben. Über die Rentenzahlungen hinaus erfolgen keine Auszahlungen. Ein Kapitalwahlrecht besteht nicht.

Ist für den Rentenbezug ein Zeitraum (Rentengarantiezeit) vereinbart, in dem bei Ihrem Tod eine Leistung an Hinterbliebene fällig wird, zahlen wir im Falle des Todes der versicherten Person das Altersvorsorgerestkapital, das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für die Zahlung der Rente bis zum

Ablauf der Rentengarantiezeit zur Verfügung steht, an einen Hinterbliebenen (Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) in Form einer monatlichen Rente aus. Diese Rente wird an den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner lebenslang gezahlt und an Kinder befristet bis zu dem in § 32 EStG genannten Zeitraum und solange die dort genannten Voraussetzungen vorliegen. Ist zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person kein Hinterbliebener vorhanden, erlischt die Versicherung.

Bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in den Vertrag übernehmen wir die Beitragszahlung für die Basisrente nach Maßgabe der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Basisrente.

In der Aufschubzeit erbringen wir folgende Leistungen:

Rentenanwartschaft

a) In der Aufschubzeit bietet die Versicherung Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Anlagestocks oder mehrerer Anlagestöcke entsprechend der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung. Mit dem Rentenzahlungsbeginn wird den Anlagestöcken der auf Ihren Vertrag entfallende Anteil als Fondsguthaben entnommen und in unserem sonstigen Vermögen angelegt. Sie können bei Vertragsabschluss aus den angebotenen Investmentfonds

bis zu 5 auswählen und die Aufteilung des zur Anlage bestimmten Teils des Beitrags prozentual auf die ausgewählten Fonds festlegen. Optional kann eine Beitragsgarantie in der Form eingeschlossen werden, dass wir zu dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rentenzahlungsbeginn einen festgelegten Prozentanteil der Summe aller während der Vertragslaufzeit für die Fonds-Rente gezahlten Beiträge garantieren.

Todesfall-Leistungen

b) Bei Tod der versicherten Person vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn werden in den ersten drei Versicherungsjahren das Gesamtguthaben, ab dem vierten Versicherungsjahr zuzüglich 2 % der Beitragssumme – mindestens jedoch die eingezahlten Beiträge für die Fonds-Rente – in Form einer monatlichen Rente an Hinterbliebene (Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) gezahlt. Diese Rente wird an den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner lebenslang gezahlt und an Kinder befristet bis zu dem in § 32 EStG genannten Zeitraum und solange die dort genannten Voraussetzungen vorliegen. Ist zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person kein Hinterbliebener vorhanden, erlischt die Versicherung.

Der Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung für den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner ab Rentenbeginn ist bis 3 Jahre vor Rentenzahlungsbeginn möglich, allerdings nicht in Kombination mit einer Rentengarantiezeit. Nach Ablauf dieser Frist ist der Einschluss nur mit unserer Zustimmung – spätestens jedoch 2 Monate vor Rentenzahlungsbeginn – möglich. Die Produktbeschreibung und sonstige Einzelheiten können den jeweiligen Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung entnommen werden. Dabei sind die für den Tarif HB1 geltenden Vorschriften entsprechend anzuwenden.

Nach Beendigung der Aufschubzeit erbringen wir folgende Leistungen:

Rente (Rentenbezugsphase)

c) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn, wird der dann erreichte Euro-Wert des Gesamtguthabens mittels Rentenfaktoren in eine lebenslang zahlbare Rente umgewandelt. Die Rentenzahlung erfolgt an sie monatlich an den vereinbarten Fälligkeitstagen in gleich bleibender oder steigender Höhe. Im Falle des Todes der versicherten Person während einer vereinbarten Rentengarantiezeit wird eine Rente an die Hinterbliebenen (Ehegatte bzw. eingetragenen Lebenspartner des Steuerpflichtigen und Kinder für die der Steuerpflichtige Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG hat) gezahlt. Eine Rentengarantiezeit kann nachträglich bis 3 Jahre vor Rentenbeginn eingeschlossen werden, falls bis dahin kein Hinterbliebenenschutz vereinbart wurde. Nach Ablauf dieser Frist ist der Einschluss nur mit unserer Zustimmung – spätestens jedoch 2 Monate vor Rentenzahlungsbeginn – möglich.

Vorzeitige Rente (Abrufphase)

d) Innerhalb der Abrufphase vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn können Sie die Rentenzahlung bis spätestens 2 Monate vor dem gewünschten Rentenzahlungsbeginn abrufen. Die Abrufphase beginnt, wenn die versicherte Person nach Ablauf einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung das 62. Lebensjahr vollendet hat, und endet spätestens, wenn die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat. Bei Rentenbeginn innerhalb der Abrufphase reduzieren sich die Rentenfaktoren wegen des abweichenden Rentenbeginners entsprechend.

Spätere Rente (Verfügungsphase)

e) Innerhalb der beitragsfreien Verfügungsphase von längstens 5 Jahren nach dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn können Sie jederzeit die Rentenzahlung bis spätestens 2 Monate vor dem gewünschten Rentenzahlungsbeginn beantragen. Die Verfügungsphase endet spätestens mit dem 80. Lebensjahr der versicherten Person.

Die Rentenfaktoren ändern sich wegen des abweichenden Rentenbeginners entsprechend. Eine mitversicherte Beitragsgarantie bleibt in der Verfügungsphase erhalten.

(2) Der Wert einer Anteilseinheit richtet sich nach der Wertentwicklung des Anlagestocks. Den Wert der Anteilseinheit ermitteln wir dadurch, dass der Euro-Wert des Anlagestocks am jeweiligen Stichtag (vgl. § 10) durch die Anzahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Anteilseinheiten geteilt wird; Zertifikate von Investmentfonds werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt.

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

(4) Da die Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke nicht voraussesehen ist, können wir die Höhe der Rente vor dem Rentenzahlungsbeginn nicht garantieren. Sie haben die Chance, insbesondere bei Kurssteigerungen der Wertpapiere der Anlagestöcke einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Bei Werten, die nicht in Euro geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage zusätzlich beeinflussen. Das bedeutet, dass die Rente je nach Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke höher oder niedriger ausfallen wird. In der Vergangenheit erzielte Renditen sind kein Indiz für in Zukunft erzielbare Renditen.

(5) Die Höhe der Rente ist vom Wert des Fondsguthabens bei Beginn der Rentenzahlung abhängig. Den Euro-Wert des Fondsguthabens ermitteln wir dadurch, dass wir die Anzahl der Anteilseinheiten Ihrer Versicherung mit dem am Stichtag (vgl. § 10) ermittelten Wert einer Anteilseinheit multiplizieren.

(6) Bei Rentenzahlungsbeginn ist die Abfindung einer Kleinbetragsrente im Sinne von § 10 Absatz 1 Sätze 3 u. 4 i. V. m. § 93 Abs. 3 Satz 2 EStG zulässig. Wir können bis zu zwölf Monatsrenten zu einer Auszahlung zusammenfassen, falls die monatliche Rente bei Rentenzahlungsbeginn weniger als 10 Euro beträgt.

(7) Ablaufmanagement

Sie können sich für ein Ablaufmanagement entscheiden. Dabei haben Sie folgende Möglichkeiten:

a) Sie wählen bei Vertragsabschluss das Ablaufmanagement (Life Cycle Modell). Ihr Fondsguthaben wird dann zu 100 % in den Dachfonds AktivChance oder einem gleichartigen Fonds investiert. Sechs Monate vor dem Versicherungsstichtag in ihrem 62. Lebensjahr werden wir Sie darauf hinweisen, dass das Fondsguthaben in den Dachfonds AktivBalance oder einem gleichartigen Fonds umgeschichtet wird, falls Sie nicht spätestens 2 Monate vor dem geplanten Umschichtungstermin schriftlich widersprechen. 5 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn, spätestens aber zum Versicherungsstichtag in Ihrem 70. Lebensjahr, wird dann das Fondsguthaben in den Dachfonds AktivBasis oder einen gleichartigen Fonds umgeschichtet. Sechs Monate vor der Umschichtung werden wir Sie ebenfalls darüber informieren. Die Umschichtung findet statt, falls Sie nicht spätestens 2 Monate vor dem geplanten Umschichtungstermin schriftlich widersprechen. Das Ablaufmanagement findet nur statt, wenn der vereinbarte Rentenbeginn nach dem 64. Lebensjahr liegt; liegt er davor, so findet statt dessen ein Ablaufmanagement nach Variante b) Anwendung. Liegt das Rentenbeginnersalter zwischen 65 und 68 Jahren, findet der Wechsel in den AktivBasis oder einen gleichartigen Fonds zum Versicherungsstichtag im 64. Lebensjahr statt. Die Regelung über die Information und den evtl. Widerspruch gilt entsprechend.

- b) Auch nach Vertragsabschluss haben Sie die Möglichkeit, das Ablaufmanagement zu beantragen, sofern Sie Ihre Fonds individuell zusammenstellen oder Variante a) keine Anwendung findet. Dazu werden wir Sie zum Versicherungstichtag in Ihrem 62. Lebensjahr darauf hinweisen, dass Sie die Möglichkeit haben, das Fondsguthaben in wertstabilere Anlagen (Rentenfonds, Dachfonds, Fonds mit geringeren Risikoklassen oder Fonds mit geringerer Volatilität) umzuschichten, um das erreichte Fondsvermögen zu sichern.

Das Ablaufmanagement ist für Sie kostenfrei; wir verlangen weder Gebühren noch Ausgabeaufschläge.

Sie haben das Recht, vor Beginn des Ablaufmanagements diesem zu widersprechen. Wenn Sie bei Ihrem Widerspruch keinen anderen Beginn für das Ablaufmanagement angeben, werden wir Ihnen das Ablaufmanagement im darauf folgenden Versicherungsjahr erneut anbieten, falls Sie keinen endgültigen Widerspruch aussprechen.

Sie haben das Recht, jederzeit ein beantragtes Ablaufmanagement vor dessen Beginn zu kündigen. Ein bereits laufendes Ablaufmanagement kann mit einer Frist von 14 Tagen frühestens zum Beginn des Folgemonats gekündigt werden. Auch nach einer Kündigung können Sie zu einem späteren Zeitpunkt den erneuten Abschluss des Ablaufmanagements beantragen.

(8) Hat ein von Ihnen gewählter Fonds aufgrund gesetzlicher Ermächtigung die Rücknahme von Anteilen ausgesetzt, können aus diesem Fonds für die Dauer der Aussetzung keine Versicherungsleistungen erbracht werden. Im Falle der Auflösung eines Fonds können aus diesem Fonds Versicherungsleistungen erst dann erbracht werden, wenn mit der Auflösung verbundene Zahlungen durch die Fondsgesellschaft erfolgen.

§ 2 Wie können Sie Ihre Beiträge zahlen und wie verwenden wir Ihre Beiträge?

(1) Die Beiträge sind je nach Vereinbarung laufend oder als Einmalbeitrag zu zahlen. Zuzahlungen können ab einer Höhe von 200 Euro bis zum für das Kalenderjahr steuerlich absetzbaren Höchstbeitrag geleistet werden; für diese können von uns die zum Einzahlungszeitpunkt aktuellen Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) zugrunde gelegt werden. Ihre Beiträge, soweit sie nicht zur Kostendeckung und ggf. Deckung einer mitversicherten Zusatzversicherung bestimmt sind, unterteilen sich in Garantie-Beiträge, die zur Finanzierung der ggf. gewählten Beitragsgarantie zum vereinbarten Rentenbeginn benötigt werden, und in Anlage-Beiträge, die den Anlagestöcken entsprechend der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung zugeführt und zum Stichtag (vgl. § 10) in Anteilseinheiten umgerechnet werden. Die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten, nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Risikobeiträge und die restlichen Kostenanteile entnehmen wir monatlich zum Stichtag (vgl. § 10) dem Fondsguthaben.

(2) Sie können die Beitragszahlung für die Dauer von höchstens drei Jahren aussetzen, wenn das Fondsguthaben eine Mindesthöhe von 2.500 Euro aufweist; dies ist für Sie kostenfrei. Der Vertrag wird in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die bedingungsgemäßen Folgen einer Beitragsfreistellung (vgl. § 6 (3)).

(3) Eine Stundung der Beiträge ist nicht möglich.

§ 3 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Entscheidend für den Gesamtertrag des Versicherungsvertrages in der Ansparphase ist die Entwicklung des Fondsguthabens. Darüber hinaus beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen, die jährlich bei unserem Jahresabschluss festgestellt werden.

(2) Charakteristisch für die Ansparphase einer Fondsgebundenen Rentenversicherung ist, dass für den Erlebensfall – mit Ausnahme der ggf. mitversicherten Beitragsgarantie zum vereinbarten Rentenbeginn – die Höhe der Leistung nicht garantiert wird. Die Wertentwicklung des Fondsguthabens in der Ansparphase hängt von der Entwicklung der gewählten Investmentfonds ab und ist nicht vorhersehbar. Überschüsse entstehen dabei nur dann, wenn Sterblichkeit oder Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. Bei einer ggf. mitversicherten Beitragsgarantie stammen die Überschüsse im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen des sonstigen Kapitalanlagevermögens. An den Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach § 4 und 5 der Mindestzuführungsverordnung angemessen beteiligt. Bei Fonds-Renten ohne Beitragsgarantie fallen in der Ansparphase keine Bewertungsreserven an. Soweit bei Fonds-Renten mit Beitragsgarantie Bewertungsreserven vorhanden sind, wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren bei Vertragsbeendigung im Todesfall in der Ansparphase zur Hälfte zugeteilt und in Form einer Rente an Hinterbliebene nach Maßgabe der Vorschriften über den Tod in der Rentengarantiezeit gezahlt. Bei Übergang in den Rentenbezug wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil zur Hälfte zugeteilt und nach den gleichen Maßstäben wie das Fondsguthaben in eine Rente umgerechnet, die zusätzlich lebenslang monatlich in gleich bleibender Höhe ausgezahlt wird. Auch in der Zeit des Rentenbezugs sind Sie an den Bewertungsreserven beteiligt.

(3) In der Rentenbezugsphase stammen die Überschüsse im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen des sonstigen Kapitalanlagevermögens. Von den Nettoerträgen der Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Weitere Überschüsse entstehen in der Rentenbezugsphase dann, wenn Lebenserwartung oder Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der genannten Verordnung angemessen beteiligt.

(4) Ihre Versicherung gehört in der Zeit bis zum Rentenbeginn zur Bestandsgruppe F der Fondsgebundenen Versicherungen und im Rentenbezug zur Bestandsgruppe R der Rentenversicherungen.

(5) Ihre Versicherung erhält in der Zeit bis zum Rentenbeginn laufende Gewinnanteile, die als Zuführung zum Fondsguthaben verwendet werden. Der Risikogewinnanteil wird monatlich ab Beginn in Prozent des Risikobeitrags und der Kostengewinnanteil ab dem 2. Versicherungsjahr in Prozent des gezahlten Beitrags und in Prozent des Fondsguthabens festgesetzt. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Garantieguthabens festgesetzt.

(6) Im Rentenbezug werden die Jahresgewinnanteile zur Finanzierung einer Gewinnrente in dynamischer oder flexibler Form verwendet. Bei der dynamischen Gewinnrente wird jeder Jahresüberschussanteil als Einmalbeitrag für eine zusätzliche lebenslange Rente verwendet, die ab dem Ausschüttungszeitpunkt garantiert ist. Bei der flexiblen Gewinnrente erhalten Sie ab Rentenbeginn eine erhöhte, nicht garantierte Rente, die bei unveränderter Festsetzung der laufenden

Überschussbeteiligung und bei unveränderten sonstigen Verhältnissen Jahr für Jahr gleich bleibt. Ändert sich die laufende Überschussbeteiligung, dann kann auch die flexible Gewinnrente demzufolge fallen oder steigen. Die Jahresgewinnanteile werden für jedes Jahr der Rentenzahlung gewährt. Die Form der Gewinnrente muss erst zu Rentenbeginn festgelegt werden. Der auf Basis des bei Beginn der Auszahlungsphase garantierten Kapitals zuzüglich der unwiderruflich zugeteilten Überschüsse zu errechnende Rentenbetrag wird während der gesamten Auszahlungsphase nicht unterschritten.

(7) Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jährlich ermittelt und deklariert und kann sich daher ändern. Verbindliche Angaben über die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung sind daher nicht möglich.

(8) Sollten die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen, kann eine Erhöhung des Deckungskapitals erforderlich werden (Nachreservierung). Dies kann zu einer Verringerung der Überschussbeteiligung führen. Dabei beschränken wir uns auf nicht bereits festgelegte Überschussanteile, d.h. zukünftig erwirtschaftete Überschussanteile oder Schlussüberschüsse.

§ 4 Was gilt bei Krieg?

Wir zahlen die für den Todesfall versicherten Rentenleistungen abweichend von § 10 (1) b FRB und § 7 ALB beim Tod des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen nur bis zu dem Betrag, den wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufswert der Versicherung erbringen können.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

Ist unsere Leistungspflicht bei Selbsttötung des Versicherten ausgeschlossen, vermindern sich abweichend von § 10 (1) b FRB und § 8 ALB die für den Todesfall versicherten Rentenleistungen auf den Betrag, den wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufswert der Versicherung erbringen können.

§ 6 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung nur vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn kündigen. Bei Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um. Für die Bemessung der herabgesetzten beitragsfreien Rente gilt Absatz 3. Ein Anspruch auf eine Auszahlung bei Kündigung besteht nicht. Die Abfindung einer Kleinbetragsrente in Anlehnung an § 93 Abs. 3 Satz 2 und 3 EStG ist allerdings zulässig.

Kündigung zur Übertragung auf einen anderen Vertrag

(2) Auf Antrag können Sie den Geldwert des Gesamtguthabens Ihrer Versicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Vierteljahresschluss auf einen anderen Vertrag, der den Anforderungen des § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG entsprechen muss, auf einen anderen Anbieter übertragen lassen. Dieser Vertrag muss auf Ihren Namen lauten. Nach Beginn der Rentenzahlung ist eine Übertragung nicht mehr möglich. Im Falle der Übertragung auf einen anderen Anbieter entstehen Ihnen keine Kosten. Das Kapital kann nicht an Sie ausgezahlt, sondern nur direkt auf den neuen Vertrag übertragen werden. Hierzu müssen Sie uns mit Ihrem Antrag auf Übertragung mitteilen, auf welchen Vertrag das Kapital übertragen werden soll. Sie müssen uns dazu nachweisen, dass dieser Vertrag den Anforderungen des § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG entspricht.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(3) Sie können die vollständige oder teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen; dies ist für Sie kostenfrei. Von dem bestehenden Gesamtguthaben werden rückständige Beiträge abgezogen, und das so verbleibende Gesamtguthaben wird bis zum Ablauf der Aufschubzeit weiterentwickelt und ist Grundlage für die Bemessung der anschließenden Rente. Ein Anspruch auf einen Rückkaufswert besteht nicht. Die Abfindung einer Kleinbetragsrente in Anlehnung an § 93 Abs. 3 Satz 2 und 3 EStG ist allerdings zulässig. Die Beitragssumme, die zur Ermittlung der Todesfall-Leistung zugrunde gelegt wird, wird dabei auf die bis zum Termin der Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge für die Fonds-Rente reduziert. Eine vollständige oder teilweise Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung) vor dem ursprünglich vereinbarten Rentenzahlungsbeginn bis zur Höhe der zuletzt vor der Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge ist innerhalb von 3 Jahren, falls eine Beitragsgarantie mitversichert ist, und jederzeit, falls keine Beitragsgarantie mitversichert ist, möglich.

Bei Wiederinkraftsetzung haben Sie auch die Möglichkeit, den durch die beitragsfreie Zeit entgangenen Kapitalaufbau wiederherzustellen, indem Sie die Summe der nicht gezahlten Beiträge durch eine Ergänzungszahlung gemäß § 2 Absatz 1 in einem Betrag nachzahlen. Eine rückwirkende Anlage von Beiträgen erfolgt dabei nicht. Als weitere Möglichkeit zur Nachentrichtung unterbliebener Beiträge unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.

(4) Bei beitragsfreien Versicherungen kann die in § 2 Abs. 1 genannte monatliche Entnahme aus dem Fondsguthaben bei extrem ungünstiger Entwicklung der in den Anlagestöcken enthaltenen Werte dazu führen, dass das gesamte Fondsguthaben vor Rentenbeginn aufgebraucht ist. Die Versicherung erlischt, soweit keine Beitragsgarantie mitversichert ist, wenn über einen Zeitraum von mindestens 1 Jahr in Ihrem Basisrentenvertrag kein verwertbares Vermögen und keine gesonderten Fondsanteile enthalten sind. Spätestens 12 Wochen vor einem möglichen Erlöschen werden wir Sie schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen auf die Folgen aufmerksam machen, die eintreten, wenn Sie keine zusätzlichen Beiträge zahlen. Sollten Sie in diesem Zeitraum weder einen Beitrag gezahlt haben noch auf das Anschreiben in anderer Weise reagiert haben, werden wir Sie mit einer weiteren Frist von 6 Wochen schriftlich daran erinnern, dass Ihr Basisrentenvertrag automatisch erlischt, wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht entweder einen Beitrag zahlen oder uns mitteilen, dass Sie den Vertrag durch weitere Beitragsleistung aufrecht erhalten möchten.

(5) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Es stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungsleistung zur Verfügung. Generell ist zu berücksichtigen, dass beitragsfreie Versicherungsleistungen bei einer guten Fondsentwicklung höher sein werden als bei einer weniger guten.

§ 7 Wie berechnet sich Ihre Rente?

(1) Der Rentenfaktor für die bei Vertragsabschluss festgelegte Beitragsgarantie (ohne Dynamik, ohne Zuzahlungen) wird garantiert. Er basiert auf dem Rechnungszins von 1,25 %, den Annahmen der Lebenserwartung nach der Sterbetafel DAV 2004 R und den zu Versicherungsbeginn für Versicherungen im Rentenbezug aktuell einkalkulierten Kosten (Rechnungsgrundlagen). Dieser Rentenfaktor wird im Versicherungsschein genannt. Die Garantierente sinkt während des Rentenbezuges nicht.

(2) Der Rentenfaktor für die Verrentung des restlichen Gesamtguthabens bei Rentenbeginn basiert auf den Rechnungsgrundlagen, die für Neuabschlüsse von aufgeschobenen Rentenversicherungen zu diesem Zeitpunkt von der Hannover-schen Leben verwendet werden.

Es werden mindestens 75 % des unter Abs.1 beschriebenen Rentenfaktors garantiert. Dieser garantierte Rentenfaktor wird ebenfalls im Versicherungsschein genannt.

Der bei Rentenbeginn ermittelte Rentenfaktor gilt für die gesamte Rentenbezugsphase. Die daraus berechnete Rente ist ab Rentenbeginn garantiert.

§ 8 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer.

(2) Die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag sind nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar. Sie können sie daher nicht abtreten oder verpfänden und auch keinen Bezugsberechtigten benennen. Auch die Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft ist ausgeschlossen. Eine nachträgliche Änderung dieser Voraussetzungen ist ausgeschlossen.

(3) Voraussetzung für die Auszahlung von Versicherungsleistungen ist die Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Außerdem können wir vor jeder Renten- bzw. Kapitalzahlung ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt.

§ 9 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

(1) Wir veröffentlichen regelmäßig den Wert der Anteilseinheiten im Internet; falls diese Veröffentlichung nicht erfolgen sollte, werden wir Sie auf Ihren Wunsch hin schriftlich über den Wert der Anteilseinheiten informieren.

(2) Zum Ende eines jeden Versicherungsjahres erhalten Sie von uns eine Mitteilung, der Sie den Wert der Anteilseinheiten sowie den Wert des Fondsguthabens und des Garantieguthabens entnehmen können; der Wert des Fondsguthabens wird in Anteilseinheiten und als Geld-Betrag aufgeführt.

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

§ 10 Was gilt für die Berechnung und Aufteilung des Fondsguthabens?

Stichtage

(1) Für die Stichtage gelten die folgenden Festlegungen:

- a) Stichtag ist grundsätzlich der letzte Börsentag im Monat.
- b) Für Leistungen im Todesfall ist der Stichtag der letzte Börsentag des Monats, in dem uns der Tod mitgeteilt worden ist.

Börsentage

(2) Börsentage sind Tage mit Kursermittlung bzw. des Ankaufs oder Verkaufs von Investmentfonds-Anteilen an der Frankfurter Wertpapierbörse.

Leistung in Geld

(3) Wenn der Anspruchsberechtigte von uns Geld-Leistungen erhält, erfolgt die Ermittlung des Euro-Wertes des Fondsguthabens zu dem in Abs. 1 genannten Stichtag. Eine Auszahlung kann erst nach einer angemessenen Bearbeitungszeit nach Ermittlung des Euro-Wertes nach dem Monatsersten erfolgen. Lassen sich Investmentfonds-Anteile zum Stichtag nicht veräußern, so sind wir berechtigt, den

Euro-Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, wenn wir die Investmentfonds-Anteile veräußert haben.

Änderung bzw. Umschichtung von Fondsanteilen

(4) Innerhalb eines Versicherungsjahres können Sie fünf Änderungen der prozentualen Aufteilung der künftigen Beiträge oder Umschichtungen bei den ausgewählten Fonds kostenfrei durchführen. Für jede weitere Änderung oder Umschichtung wird von uns eine Gebühr nach Kostenverzeichnis erhoben; Ausgabeaufschläge verlangen wir daneben nicht. Diesen Betrag entnehmen wir dem Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrages. Bei einer Umschichtung wird der Euro-Wert des Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu gewählten Investmentfonds übertragen. Der Auftrag für die Änderung oder Umschichtung muss uns bis zum 15. eines Monats vorliegen, damit er zum folgenden Stichtag berücksichtigt werden kann. Die Auswahl der von uns angebotenen Investmentfonds kann sich im Laufe der Zeit ändern. Sie können bei Änderung oder Umschichtung von Fondsanteilen jeden Fonds wählen, in den zum Änderungszeitpunkt auch beim Abschluss eines entsprechenden neuen Versicherungsvertrages investiert werden könnte. Hat ein von Ihnen gewählter Fonds aufgrund gesetzlicher Ermächtigung die Rücknahme von Anteilen ausgesetzt, wird für die Dauer der Aussetzung eine Änderung oder Umschichtung aus diesem Fonds heraus ausgeschlossen. Die Aufteilung der künftigen Beiträge ist für jeden Vertrag auf maximal fünf Fonds beschränkt. Es können alle für Ihren Vertrag zugelassenen Fonds (bzw. Dachfonds) gleichzeitig gehalten werden.

Entnahmen aus dem Fondsguthaben

(5) Für die Entnahmen aus den einzelnen Teil-Fondsguthaben ist das Verhältnis ihrer Euro-Werte maßgebend.

Ersetzung von Investmentfonds

(6) In den folgenden und ähnlichen, von uns nicht beeinflussbaren Fällen, kann es erforderlich werden, dass wir einen Investmentfonds durch einen möglichst gleichartigen anderen Investmentfonds ersetzen. Beispiele für Fälle, bei denen wir die betroffenen Investmentfonds-Anteile in einen gleichartigen anderen Investmentfonds umschichten und auch die künftigen Beiträge in dem neuen Investmentfonds anlegen müssen, sind:

- die Schließung oder Auflösung eines Investmentfonds,
- die Einstellung von An- und Verkauf durch die Fondsgesellschaft.

Beispiele für Fälle, bei denen wir nur für die Anlage künftiger Beiträge einen anderen Investmentfonds wählen, sind:

- Beschränkung des Ankaufs,
- Änderungen von Gesetzen oder aufsichtsrechtlichen Anforderungen,
- nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Gebühren, die uns beim Fondskauf belastet werden. In diesem Fall sind wir auch berechtigt, statt dessen den Ausgabeaufschlag entsprechend anzuheben.

In derartigen Fällen werden Sie von uns schriftlich über den Zeitpunkt und den betroffenen Fonds informiert und erhalten von uns einen Vorschlag zu einem kostenfreien Fondswechsel in einen alternativen Fonds, der Ihrem bisherigen Anlageprofil entspricht. Sie haben vier Wochen Zeit, auf unseren Vorschlag zu reagieren und ggf. einen anderen Fonds zu benennen, bevor wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen werden. Selbstverständlich können Sie auch nach Ablauf der Frist kostenfrei in einen anderen Fonds aus unserer Fondsauswahl gemäß § 10 Abs. 4 umschichten.

Sollte die Fondsgesellschaft eine Ankündigung unterlassen oder eine Ankündigung erst kurzfristig durchführen, so dass eine Information mit vierwöchiger Frist nicht mehr möglich sein sollte, behalten wir uns vor, den betroffenen Fonds kostenfrei umgehend durch einen alternativen Fonds zu ersetzen, der Ihrem bisherigen Anlageprofil entspricht. Über die Ersetzung des Fonds werden wir Sie

schriftlich informieren. Sie können anschließend selbstverständlich kostenfrei in einen anderen Fonds aus unserer Fondsauswahl gemäß § 10 Abs. 4 umschichten.

Im Falle der Schließung oder Auflösung eines Investmentfonds kann bei Leistung oder Rückkauf der Rücknahmepreis zur Ermittlung des Wertes einer Anteilseinheit nicht angesetzt werden, da wir die Anteile nicht an die Kapitalanlagegesellschaft zurückgeben können.

Schließung von Investmentfonds bei geringerem Fondsvolumen

(7) Wir können einen Investmentfonds aus unserem Fondsbestand streichen, an dem wir, über alle bei uns bestehenden Versicherungsverträge betrachtet, Anteile in einem Gesamtwert von weniger als 100.000 Euro halten. In diesem Fall werden Sie von uns schriftlich darüber informiert, zu welchem Zeitpunkt und in welchen Fonds wir umschichten, falls Sie uns innerhalb von sechs Wochen keinen anderen der von uns für Ihre Versicherung angebotenen Fonds zur Umschichtung benennen. Bei der Auswahl des neuen Fonds werden wir einen in der Anlagestruktur vergleichbaren Fonds auswählen.

§ 11 Wie ist das Verhältnis zu anderen Bedingungen?

Die Besonderen Bedingungen für die fondsgebundene Basisrentenversicherung bilden zusammen mit den Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung und den Besonderen Bedingungen für eine ggf. eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sowie für eine ggf. eingeschlossene Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung die rechtliche Grundlage für Ihren Vertrag. Die Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Basisrente und die Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung gelten jedoch nur, soweit sie den Regelungen des zertifizierten Basisrentenvertrages und den Vorschriften des AltZertG nicht widersprechen bzw. diesen nicht entgegen stehen (maßgeblich ist die zum Zeitpunkt des Abschlusses des Basisrentenvertrages geltende Fassung des AltZertG).

§ 12 Wie erhöhen sich Beitrag und Rente bei Dynamik?

(1) Ist eine Dynamik (Tarif D) in Ihrem Vertrag eingeschlossen, erhöhen sich Beitrag und versicherte Rente planmäßig, ohne dass für die Erhöhung eine Gesundheitsprüfung erforderlich wird. Falls eine Beitragsgarantie mitversichert ist, kann die Erhöhung nach den am Erhöhungstermin jeweils für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen erfolgen.

(2) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich je nach Vereinbarung bei Vertragsabschluss laufend um einen festen Prozentsatz, mindestens um 3 %, höchstens um 10 % des Vorjahresbeitrages. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Erhöhungen erfolgen letztmals 2 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch spätestens, wenn der Versicherte das Alter von 64 Jahren erreicht hat.

(3) Die Erhöhungen des Beitrages und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

(4) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Der zu-

sätzliche Beitrag wird für eine Erhöhungsversicherung verwendet, bei der die gleichen Produktmerkmale wie bei der Grundversicherung zugrunde gelegt werden. Ab dem 4. Versicherungsjahr werden als Todesfall-Leistung der Erhöhungsversicherungen das aktuelle Fondsguthaben zuzüglich 2 % der Beitragssumme, mindestens jedoch die eingezahlten Beiträge angesetzt. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

(5) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden die entsprechenden Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht. Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt. Lebt Ihre Beitragspflicht wieder auf, weil der Grad der Berufsunfähigkeit sich entsprechend vermindert hat, wird bei künftigen Erhöhungen im Rahmen der Dynamik auch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wieder angepasst.

(6) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen des § 6 Abs. 13 ALB (Verletzung der Anzeigepflicht) und des § 8 ALB (Selbsttötung) nicht erneut in Lauf.

(7) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin zahlen. Sollten Sie dreimal nacheinander auf eine mögliche Erhöhung verzichten, ist für künftige Erhöhungen eine neue Gesundheitsprüfung erforderlich, sofern auch bei Vertragsabschluss eine Gesundheitsprüfung erforderlich war. In diesem Fall sind weitere Erhöhungen aber ausgeschlossen, wenn Ihre Versicherung zu einem für den Neuzugang geschlossenen Tarif gehört.

KOSTENVERZEICHNIS FONDSGEBUNDENE BASISRENTE

Geschäftsvorfall	Gebühren
• Bis zu 5 Änderungen oder Umschichtungen von Fondsanteilen pro Jahr	kostenfrei
• Jede weitere Änderung oder Umschichtung	25,00 Euro

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE BERUFSUNFÄHIGKEITS-ZUSATZVERSICHERUNG COMFORT-BUZ / BU16

Inhalt

§ 1 Welche Leistungen sind versichert?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

§ 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

§ 6 Können die Beiträge erhöht werden?

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

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

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 11 Welche Zusatzleistungen erhalten Sie in besonderen Fällen?

§ 12 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?

§ 13 Wann können Sie eine Fortsetzungsoption in Anspruch nehmen?

§ 14 Welche Nachversicherungsgarantien bieten wir Ihnen?

§ 15 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

§ 1 Welche Leistungen sind versichert?

(Tarife BZ, BR)

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (nachfolgend BUZ genannt) bietet mit den Tarifen BZ und BR – die nachfolgend näher erläutert werden – Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfähigkeit. Wird der oder die Versicherte (nachfolgend der Versicherte genannt) während der Dauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) beim Tarif BZ übernehmen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf dieser Zusatzversicherung, die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und eingeschlossene weitere Zusatzversicherungen;

b) beim Tarif BR sind die gleichen Leistungen versichert wie beim Tarif BZ. Zusätzlich zahlen wir monatlich im voraus die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente sowie in besonderen Fällen eine Übergangshilfe, eine Wiedereingliederungshilfe, eine Rehabilitationshilfe und eine Soforthilfe (vgl. § 11).

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

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(2) Anstelle der 50 %-Regelung in Absatz 1 kann die Staffelung der Versicherungsleistungen nach dem Grad der Berufsunfähigkeit vereinbart werden (Staffelregelung).

(3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens aber 3 Jahre vor dem Tag des Eingangs der Mitteilung nach § 4 Abs. 1. Bei einer unverschuldet verspäteten Anzeige des Versicherungsfalles wird die Leistung jedoch ohne Einschränkung rückwirkend erbracht.

(4) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % oder den vereinbarten Mindestgrad (Staffelregelung) sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das in § 2 Abs. 5 genannte Ausmaß sinkt, wenn der Versicherte stirbt oder bei Ablauf dieser Zusatzversicherung.

(5) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht in entsprechender Höhe zurückzahlen. Wenn Sie es wünschen, werden wir Ihnen die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird endgültig festgestellt, dass unsere Leistungspflicht nicht besteht, sind die ausstehenden Beiträge von Ihnen nachzu-

zahlen. Die gestundeten Beiträge können Sie in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten in Raten neben den laufenden Beiträgen nachzahlen oder ggf. durch eine Vertragsänderung bzw. eine Verrechnung mit dem Guthaben oder den zugeteilten Gewinnanteilen tilgen.

(6) Darüber hinaus bestehen im Rahmen des § 15 dieser Bedingungen weitere Möglichkeiten, um Ihnen im Falle von Zahlungsschwierigkeiten zu helfen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 3 Jahre außerstande ist, seinen zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung vor Eintritt des Versicherungsfalles entspricht. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit darf keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Eine Verweisung auf die genannte andere Tätigkeit ist aber ausgeschlossen, wenn

- der Versicherte bei Eintritt der Berufsunfähigkeit das 55. Lebensjahr bereits vollendet hat,
- der Versicherte ein Studium an einer staatlich anerkannten Fachhochschule oder Universität erfolgreich abgeschlossen hat und er in den letzten drei Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ein Bruttoeinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen hat,
- das jährliche Einkommen in der anderen Tätigkeit 20 % oder mehr unter dem Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf liegen würde,
- der Versicherte das 50. Lebensjahr vollendet hat und der zuletzt ausgeübte Beruf mindestens zehn Jahre lang ununterbrochen ausgeübt wurde, und er auch keine andere Tätigkeit tatsächlich ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

Hat der Versicherte vor Eintritt der Berufsunfähigkeit zuletzt einen kaufmännischen Beruf mindestens fünf Jahre lang ununterbrochen ausgeübt, ist eine Verweisung auf einen anderen als einen kaufmännischen Beruf ausgeschlossen, es sei denn, er übt eine andere Tätigkeit tatsächlich aus, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit bei Beamten

Auch die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich allein nach den vorgenannten Regelungen des § 2 – unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne.

Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbständigen ist die Berufsunfähigkeit unter Berücksichtigung der konkreten Betriebsgestaltung und der im Betrieb etwa bestehenden zumutbaren Möglichkeit einer Umorganisation zu beurteilen. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn Sie betrieblich sinnvoll ist, evtl. Einkommenseinbußen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung hinsichtlich Weisungs- und Direktionsbefugnis innehat.

Berufsunfähigkeit bei Erwerbsminderung

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor,

- solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem der Versicherte als Pflichtmitglied angehört, allein aus medizinischen Gründen eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente gewährt,
- der Versicherte bei Beginn der Rentenzahlung durch den Versorgungsträger das 55. Lebensjahr vollendet hat und
- der Vertrag mindestens 10 Jahre besteht.

Der Nachweis der Schwerbehinderung (z.B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt dafür nicht.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens 3 Jahre erfüllt sind.

(3) Nicht immer lässt sich in einem frühen Stadium einer Erkrankung voraussehen, ob die Berufsunfähigkeit mindestens 3 Jahre bestehen wird – doch auch in diesem Fall brauchen Sie sich keine Sorgen zu machen.

Denn ist der Versicherte 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. Absatz 1 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

Durch diese Regelung entsteht – trotz fehlender Prognose einer mindestens 3 Jahre andauernden Berufsunfähigkeit – der Anspruch auf Versicherungsleistungen mit Beginn des 7. Monats. Wird nach einer Anerkennung unserer Leistungspflicht bei der Nachprüfung gemäß § 7 festgestellt, dass inzwischen eine Berufsunfähigkeit von voraussichtlich mindestens 3 Jahren vorliegt, werden wir die ersten 6 Monate nachregulieren.

(4) Übt der Versicherte bei Eintritt der Berufsunfähigkeit seine berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus und (z. B. wegen Mutterschutz, Elternzeit, Arbeitslosigkeit, Grundwehrdienst oder Zivildienst) und ist eine Wiederaufnahme nach spätestens 3 Jahren vorgesehen, so gilt die zuletzt bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Tätigkeit gemäß § 2 Abs. 1 als versichert. Ist der Versicherte aus dem Berufsleben ausgeschieden, ohne dass eine Wiederaufnahme der Tätigkeit absehbar ist, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, dass der Versicherte außerstande ist, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, die er aufgrund vorhandener beruflicher Fähigkeiten und Kenntnisse, die durch Ausbildung und Erfahrung bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben und danach

erworben wurden, ausüben kann. Diese Tätigkeit muss der bei Ausscheiden aus dem Berufsleben bestandenen Lebensstellung entsprechen.

(5) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 3 Jahre so hilflos ist, dass er auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang, d.h. für mindestens 90 Minuten täglich, bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe einer fremden Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(6) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig (vgl. Abs. 5) gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. § 2 Absatz 3 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

(7) Gewöhnliche und regelmäßige Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Blasen- und Darmentleerung
- Ernährung: mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung
- Mobilität: selbständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

- a) durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthaltes des Versicherten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und er an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten. Bei lediglich fahrlässiger Ausführung der Tat erfolgt kein Leistungsausschluss;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;
- f) durch Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährdet, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde oder hätte tätig werden müssen;
- 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 oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten

Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung beantragt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsunfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit des Versicherten und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
- e) 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 Anspruchshebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen er in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen. Hat der Versicherte die Ermächtigung vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt, wird er vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; der Versicherte kann der Einholung einer solchen Auskunft unter Verwendung der bei Abgabe der Vertragserklärung erteilten Ermächtigung widersprechen. Im Übrigen kann der Versicherte jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrags, so können wir vom Versicherten die hiermit verbundenen Kosten in angemessener Höhe erstattet verlangen. Hält sich der Versicherte im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten, sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Mit unserer Zustimmung können die erforderlichen Untersuchungen auch außerhalb Deutschlands durchgeführt werden.

(3) Die versicherte Person ist aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schademinderungspflicht verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Brillen oder Prothesen) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos sind und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Operationen sehen wir nicht als zumutbar an.

§ 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Auf die Möglichkeit eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

(2) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistungen aus der BUZ werden wir Sie monatlich über den Stand der Bearbeitung informieren. Innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang der gemäß § 4 erforderlichen Unterlagen werden wir Ihnen mitteilen, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen oder Sie über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren.

§ 6 Können die Beiträge erhöht werden?

Die von uns angegebenen Tarifbeiträge sind für die gesamte Vertragsdauer garantiert und können von uns nicht erhöht werden, da wir auf eine tarifliche Beitragsanpassungsklausel verzichten. Lediglich im Rahmen der gesetzlichen Schutzvorschrift des § 163 VVG können die Beiträge in besonderen Fällen, die nicht nur die Hannoversche Leben betreffen (z. B. Epidemie), heraufgesetzt werden, und auch nur dann, wenn ein unabhängiger Treuhänder dem zustimmt.

§ 7 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. Wir können dann erneut prüfen, ob der Versicherte eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1 ausüben kann. Dabei sind neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten nur zu berücksichtigen, wenn der Versicherte einen entsprechenden Arbeitsplatz in einem Vergleichsberuf auch tatsächlich erlangt hat oder er sich um einen solchen nicht in zumutbarer Weise bemüht hat.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 gelten entsprechend.

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

(4) Wir werden von der Leistung frei, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % bzw. (bei vereinbarter Staffelung gemäß § 1 Abs.2) unter den vereinbarten Mindestgrad sinkt. Bei vereinbarter Staffelung (§ 1 Abs.2) können wir unsere Leistungen herabsetzen, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit entsprechend der Staffelregelung sinkt. Die Veränderung legen wir Ihnen in Textform dar und die Einstellung unserer Leistungen teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit; sie wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss, sofern die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist, die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang Ihre Rechte gemäß § 12.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 von Ihnen, dem Versicherten oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungs-

pflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht dann später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung.

(2) Unsere Leistungsverpflichtung für den Fall von Berufsunfähigkeit haben wir im Vertrauen darauf übernommen, dass bei Vertragsabschluss alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Es gelten die Vorschriften über die vorvertragliche Anzeigepflicht in den Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung. Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung (Beitragserrhöhung und/oder Ausschluss) von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen.

(3) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen, in den letzten 5 Versicherungsjahren jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung. Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung – soweit vorhanden – erhalten Sie nur, wenn Sie die Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Der Auszahlungsbetrag bei Kündigung errechnet sich aus dem vorhandenen Deckungskapital gemindert um einen Abzug von 50% des Deckungskapitals. Das Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die von Ihnen nicht gezahlten Beitragsteile im Deckungskapital ausgeglichen werden. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(4) Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung, Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert.

(5) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Voraussetzung ist allerdings, dass die hierfür vorgesehene jährliche Mindestrente von 300 Euro nicht unterschritten wird; andernfalls verwenden wir das vorhandene Deckungskapital unter Berücksichtigung des in Abs.3 genannten Abzugs zur Erhöhung der beitragsfreien Leistung der Hauptversicherung. Das Verhältnis zwischen Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der

aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge.

(6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3, 4 und 5 entsprechend.

(7) Beantragen Sie im Rahmen der Flexibilitätsgarantie wegen veränderter Lebensumstände eine Aufstockung der Versicherungssumme, bezieht sich eine mitversicherte Beitragsbefreiung aus der BUZ auch auf die erhöhte Versicherungssumme. Eine mitversicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich jedoch nicht. Siehe insoweit aber Möglichkeiten nach § 14 zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente.

(8) Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Vorauszahlung und Jahresgewinnanteile sowie Schlussgewinnbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(9) Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt. Bitte beachten Sie jedoch: Stellen wir im Rahmen einer Nachprüfung gemäß § 7 fest, dass kein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen mehr besteht, erlischt diese Zusatzversicherung, wenn die Hauptversicherung zuvor von Ihnen gekündigt oder beitragsfrei gestellt wurde. Im Falle einer erneuten Berufsunfähigkeit besteht dann kein Versicherungsschutz mehr.

(10) Ansprüche aus der BUZ können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(11) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Zusatzversicherung zu einer Einzelversicherung gehört zur Bestandsgruppe I der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen. Ihre Zusatzversicherung zu einer Kollektivversicherung gehört zur Bestandsgruppe G der Kollektivversicherungen. Sie erhält in der Anwartschaftszeit (Zeit bis zum Eintritt unserer Leistungspflicht) für jedes Versicherungsjahr jeweils zu dessen Beginn einen vollen Jahresgewinnanteil in deklarer Höhe. Endet die Anwartschaftszeit unterjährig, wird der Jahresgewinnanteil entsprechend zeitanteilig gekürzt. Der Jahresgewinnanteil wird vorzuschüssig in Prozent des fälligen Beitrages festgesetzt, bei einer Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag nachschüssig in Prozent des durch die Versicherungsdauer geteilten Einmalbeitrages. Zusatzversicherungen, die gemäß § 9 Abs. 5 beitragsfrei gestellt worden sind, sind nicht überschussberechtig.

Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden sie bei Vertragsbeendigung der jeweiligen Hauptversicherung nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren zugeteilt und in gleicher Form verwendet.

(2) Die Jahresgewinnanteile werden während der Anwartschaftszeit in der Regel zur Sofortgutschrift (Verrechnung bei jeder Beitragsfälligkeit) verwendet. Bei einer Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag tritt an die Stelle der Sofortgutschrift die Gewinnverwendung der Hauptversicherung.

(3) Ist der Versicherte nicht berufsunfähig geworden, so kann bei Ablauf der Versicherungsdauer ein Schlussbonus in Prozent der Beitragssumme gewährt werden, dessen Höhe vom Beitrag und von der Versicherungsdauer abhängig ist. Erlischt die Zusatzversicherung vorher durch Tod des Versicherten, so kann ein Schlussbonus nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik verminderter Höhe gewährt werden, wenn die Versicherung mindestens 2 Jahre gedauert hat und der Versicherte nicht berufsunfähig geworden ist.

(4) Ist dagegen die Leistungspflicht eingetreten und erbringen wir Versicherungsleistungen, so erhält die Zusatzversicherung einen Jahresgewinnanteil in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals. Die Jahresgewinnanteile werden dann zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet; beim Tarif BZ werden die Gewinnanteile wie die der Hauptversicherung verwendet. Entfällt der Anspruch auf Leistungen vor dem Ablauftermin, fallen die im Leistungsbezug erfolgten Erhöhungen der Versicherungsleistung weg.

§ 11 Welche Zusatzleistungen erhalten Sie in besonderen Fällen?

(1) Übergangshilfe:

Wenn der Versicherte in seinem zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf berufsunfähig ist und diesen auch konkret nicht mehr ausübt, wir aber berechtigt sind, ihn auf eine andere Tätigkeit abstrakt zu verweisen, zahlen wir eine Übergangshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten (maximal 12.000,- Euro).

(2) Wiedereingliederungshilfe:

Hat der Versicherte mindestens 3 Jahre ununterbrochen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bezogen, und stellen wir unsere Leistungen im Rahmen der Nachprüfung nach § 7 ein, zahlen wir für weitere 4 Monate die versicherten Leistungen (maximal 8.000,- Euro), damit der Versicherte sich auf die neue Situation einstellen kann. Dies gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflichten gemäß § 7 Abs. 3 nicht erfüllt wurden.

(3) Rehabilitationshilfe:

Im Rahmen der Leistungsprüfung und der Nachprüfung können wir im Einvernehmen mit Ihnen eine vollständige oder teilweise Beteiligung an den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen vereinbaren, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch früher erfolgen kann.

(4) Soforthilfe:

Wenn der Versicherte in Folge eines Unfalls berufsunfähig wird, zahlen wir zusätzlich eine Soforthilfe in Höhe von 3 Monatsrenten. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung des Versicherten an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

(5) Die Zusatzleistungen gemäß Abs. 1 bis 4 können nur einmal während der gesamten Vertragsdauer der BUZ in Anspruch genommen werden.

§ 12 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?

(1) Beabsichtigen wir nach Prüfung der uns eingereichten und von uns beigezogenen Unterlagen den Leistungsantrag gemäß § 5 Abs. 1 abzulehnen, informieren

wir unter Darlegung unserer Gründe zuvor denjenigen, der Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt. Dadurch geben wir ihm Gelegenheit, eine der folgenden Verbraucherschutzorganisationen

- Verbraucherzentralen, die in der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. organisiert sind,
- Versicherungsberater, die im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert sind,

zur Überprüfung unserer vorläufigen Auffassung einzuschalten, wenn der Versicherte die VSO zuvor aus Gründen des Datenschutzes schriftlich bevollmächtigt hat. Im Rahmen der erteilten Vollmacht dürfen dann für die Leistungsprüfung relevante Daten und Unterlagen (z. B. der formelle Leistungsantrag, Arztberichte, Gutachten) an die VSO weitergeleitet werden. Wir übernehmen 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 375 Euro. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Vor einer endgültigen Entscheidung gem. § 5 werden wir mögliche Bedenken oder Anregungen der VSO in unsere Entscheidungsfindung einbeziehen.

(2) Das in Abs. 1 genannte Recht steht Ihnen auch zu, wenn wir beabsichtigen, gemäß § 7 Abs. 4 im Rahmen eines Nachprüfungsverfahrens unsere anerkannten Leistungen einzustellen oder herabzusetzen.

(3) Bei Ablehnung eines Leistungsantrages wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe § 9 Abs. 2 sowie § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung) gelten folgende Abweichungen gegenüber Abs. 1: Die fristgebundene Ablehnungserklärung (z. B. Rücktritt vom Vertrag) stellen wir mit sofortiger Rechtswirkung dem Anspruchsteller zu. Dieser ist dann berechtigt, eine der in Abs. 1 genannten Verbraucherschutzorganisationen (VSO) zur Überprüfung unserer getroffenen Entscheidung einzuschalten. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Wir werden dann überprüfen, ob wir im Hinblick auf vorgetragene Bedenken oder Anregungen die Wirkung unserer getroffenen Entscheidung gegebenenfalls abändern. Im Falle einer solchen Abänderung übernehmen wir 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 125 Euro.

§ 13 Wann können Sie eine Fortsetzungsoption in Anspruch nehmen?

Fortsetzungsoption

Bei einer Partnersversicherung erlischt der Vertrag, wenn einer der versicherten Partner stirbt. Damit der gegen Berufsunfähigkeit versicherte, überlebende Partner diesen Schutz nicht verliert, bieten wir ihm Folgendes an: Er kann ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Erlöschen seines bisherigen Versicherungsschutzes durch Tod des Partners eine neue Einzelversicherung mit BUZ nach den dann gültigen Tarifen auf seine Person abschließen. Der Versicherungsumfang (Tarif, Versicherungsdauer, Versicherungssumme, Berufsunfähigkeitsrente) darf sich jedoch gegenüber der erloschenen Partnersversicherung nicht erhöhen.

§ 14 Welche Nachversicherungsgarantien bieten wir Ihnen?

(1) Sie haben das Recht, die versicherte Berufsunfähigkeitsrente nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung mit der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer wie die ursprüngliche Versicherung (und zwar in ganzen Jahren) gemäß den nachfolgenden Voraussetzungen in den Abs. 1 bis 4 zu erhöhen.

a) Eine solche Erhöhung kann vorgenommen werden, bei folgenden, den Versicherten betreffenden Ereignissen:

- Volljährigkeit,
- erfolgreicher Abschluss eines Studiums oder einer Berufsausbildung (einschließlich Promotion und Meisterprüfung),
- Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit in einem Kammerberuf oder einem IHK-zertifizierten Ausbildungsberuf,
- erstmaliges Überschreiten der Jahres-Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Selbständigen und Handwerkern,
- Wegfall oder Reduzierung einer Berufsunfähigkeitsrente aus einem Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung,
- Erhöhung des Einkommens aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit von mindestens 10 % des monatlichen Bruttoeinkommens im Durchschnitt der letzten 12 Monate,
- Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- Scheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt oder Adoption eines Kindes,
- Tod des Ehegatten oder Lebenspartners,
- Pflegebedürftigkeit des Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne von § 2 Abs.5–7,
- Bau oder Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie.

Die Ereignisse sind uns nachzuweisen.

b) Unabhängig von den unter a) genannten Ereignissen können Sie alle 5 Jahre mit einer Frist von 2 Monaten zum jeweiligen Versicherungstichtag eine Erhöhung beantragen. Die Erhöhung der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente beträgt dabei maximal 3.000 Euro. Soweit ein Zuschlag oder ein Ausschluss zu Ihrem Vertrag vereinbart ist, kann die Erhöhung nicht erfolgen.

(2) Das Recht auf Nachversicherung können Sie ausüben, sofern

- der Versicherte dann nicht bereits berufsunfähig ist,
- im Falle des Abs.1 a) seit Eintritt des Ereignisses nicht mehr als 6 Monate vergangen sind,
- die Versicherung sich nicht in den letzten 15 Jahren ihrer Laufzeit befindet (spätestens jedoch bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres),
- jede einzelne Erhöhung der versicherten Jahresrente mindestens 300 Euro, aber nicht mehr als 50 % der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente beträgt,
- die Summe aller Erhöhungen der versicherten Jahresrente nicht mehr als 100 % der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente beträgt und die bei uns versicherte Gesamtjahresrente den Betrag von 30.000 Euro nicht übersteigt und
- nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf den Versicherten bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d. h. 50 % des letzten jährlichen Brutto-Arbeitseinkommens des Versicherten nicht übersteigt. Anstelle dieser 50 % – Regelung darf die vorgenannte gesamte Jahresrente den Betrag von 15.000 Euro nicht übersteigen, wenn die Erhöhung aufgrund des erfolgreichen Abschlusses eines Studiums oder einer Berufsausbildung erfolgt.

(3) Für die Risikobeurteilung wird der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Abschlusses des ursprünglichen Vertrages zugrunde gelegt, aus dem die Nachversicherungsgarantie abgeleitet wird. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Erhöhungssumme; Beitragszuschläge berechnen sich nach dem erreichten Alter.

Eine planmäßige Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistung kann für die Nachversicherung nicht vereinbart werden.

(4) Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherung können für jedes Ereignis nur einmal beantragt werden. Das Ausüben der Nachversicherungsgarantie gilt nur für den Ursprungsvertrag; sie ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der Nachversicherungsgarantie zustande gekommen ist.

§ 15 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

(1) Sie können beantragen, dass eine in Verbindung mit einer Kapital- oder Rentenversicherung abgeschlossene BUZ ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine neue Risikoversicherung mit BUZ nach den dann gültigen Tarifen umgetauscht wird. Während die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente unverändert bleiben kann, darf die Versicherungssumme der Risikoversicherung nicht höher sein als die versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente. Wenn Sie dieses beantragen, bilden wir – sofern der Vertrag mindestens ein Jahr bestanden hat – aus dem in der Kapital- oder Rentenversicherung etwaig vorhandenen Deckungskapital eine beitragsfreie Versicherung oder zahlen den Rückkaufwert aus. Im Falle der Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von 12 Monaten die Kapital- oder Rentenversicherung einschließlich der BUZ wieder in Kraft setzen lassen, indem Sie dies beantragen und die rückständigen Beträge nebst Stundungszinsen nachzahlen. Die umgetauschte Risikoversicherung mit BUZ erlischt dann.

(2) Anstelle der Möglichkeit nach Abs. 1 können Sie beantragen, dass die Kapital- oder Rentenversicherung mit BUZ bestehen bleibt und – soweit in ausreichender Höhe vorhanden – Deckungskapital für die Dauer von längstens 2 Jahren mit den Beiträgen verrechnet wird. Die dadurch reduzierten garantierten Leistungen teilen wir Ihnen dann mit. Nach dem Verrechnungszeitraum wird der Vertrag beitragspflichtig weitergeführt.

(3) Alternativ haben Sie auch die Möglichkeit, eine Herabsetzung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung (Haupt- und Zusatzversicherung) zu beantragen. Dabei geben wir Ihnen die Garantie, dass Ihre Versicherung bis zu 12 Monate danach ohne Gesundheitsprüfung wiederhergestellt werden kann.

(4) Statt dessen können Sie auch einmal während der Vertragslaufzeit eine zinslose Stundung oder Teilstundung für die Dauer von bis zu 6 Monaten bei Arbeitslosigkeit beantragen. Eine zinslose Stundung oder Teilstundung der Beiträge für die Haupt- und Zusatzversicherung für die Dauer von bis zu 6 Monaten können Sie auch in dem Zeitraum beantragen, in dem Sie Elterngeld beziehen. Voraussetzung in beiden Fällen ist, dass die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt worden sind.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE BERUFSUNFÄHIGKEITS-ZUSATZVERSICHERUNG COMFORT-BUZ PLUS / BUP16

Inhalt

- § 1 Welche Leistungen sind versichert?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?
- § 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Können die Beiträge erhöht werden?
- § 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

- § 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?
- § 11 Welche Zusatzleistungen erhalten Sie in besonderen Fällen?
- § 12 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?
- § 13 Wann können Sie eine Fortsetzungsoption in Anspruch nehmen?
- § 14 Welche Nachversicherungsgarantien bieten wir Ihnen?
- § 15 Welche Verlängerungsoption bieten wir Ihnen?
- § 16 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

§ 1 Welche Leistungen sind versichert?

(Tarife BZ-Plus, BR-Plus)

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (nachfolgend BUZ genannt) bietet mit den Tarifen BZ-Plus und BR-Plus – die nachfolgend näher erläutert werden – Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfähigkeit. Wird der oder die Versicherte (nachfolgend der Versicherte genannt) während der Dauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) beim Tarif BZ-Plus übernehmen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf dieser Zusatzversicherung, die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und eingeschlossene weitere Zusatzversicherungen;
- b) beim Tarif BR-Plus sind die gleichen Leistungen versichert wie beim Tarif BZ-Plus. Zusätzlich zahlen wir monatlich im voraus die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente sowie in besonderen Fällen eine Wiedereingliederungshilfe, eine Rehabilitationshilfe und eine Soforthilfe (vgl. § 11).

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

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(2) Anstelle der 50 %-Regelung in Absatz 1 kann die Staffelung der Versicherungsleistungen nach dem Grad der Berufsunfähigkeit vereinbart werden (Staffelregelung).

(3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens aber 3 Jahre vor dem Tag des Eingangs der Mitteilung nach § 4 Abs. 1. Bei einer unverschuldet verspäteten Anzeige des Versicherungsfalles wird die Leistung jedoch ohne Einschränkung rückwirkend erbracht.

(4) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % oder den vereinbarten Mindestgrad (Staffelregelung) sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das in § 2 Abs. 5 genannte Ausmaß sinkt, wenn der Versicherte stirbt oder bei Ablauf dieser Zusatzversicherung.

(5) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht in entsprechender Höhe zurückzahlen. Wenn Sie es wünschen, werden wir Ihnen die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird endgültig festgestellt, dass unsere Leistungspflicht nicht besteht, sind die ausstehenden Beiträge von Ihnen nachzahlen. Die gestundeten Beiträge können Sie in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten in Raten neben den laufenden Beiträgen nachzahlen oder ggf. durch eine Vertragsänderung bzw. eine Verrechnung mit dem Guthaben oder den zugeteilten Gewinnanteilen tilgen.

(6) Darüber hinaus bestehen im Rahmen des § 16 dieser Bedingungen weitere Möglichkeiten, um Ihnen im Falle von Zahlungsschwierigkeiten zu helfen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande ist, seinen zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und er auch keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung vor Eintritt des Versicherungsfalles entspricht. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit darf keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken.

Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Auf eine abstrakte Verweisung verzichten wir.

Bei einem Berufswechsel innerhalb der letzten zwei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit, kann auch der davor ausgeübte Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit herangezogen werden, wenn die für den Eintritt der Berufsunfähigkeit ursächlichen Gesundheitsstörungen bereits bei der Aufgabe des früheren Berufs dem Versicherten bekannt waren und der Berufswechsel weder auf ärztliches Anraten noch wegen des unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit erfolgte. Scheidet die versicherte Person nur vorübergehend aus ihrem bisherigen Beruf wegen Mutterschutz oder gesetzlicher Elternzeit aus, prüfen wir auf den zuvor ausgeübten Beruf gemäß Abs. 1 S. 1.

Berufsunfähigkeit bei Beamten

Auch die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich allein nach den vorgenannten Regelungen des § 2 – unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne.

Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen ist die Berufsunfähigkeit unter Berücksichtigung der konkreten Betriebsgestaltung und der im Betrieb etwa bestehenden zumutbaren Möglichkeit einer Umorganisation zu beurteilen. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn Sie betrieblich sinnvoll ist, evtl. Einkommenseinbußen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung hinsichtlich Weisungs- und Direktionsbefugnis inne hat.

Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden und Studenten

Bei Auszubildenden im ersten oder zweiten Ausbildungsjahr und Studenten im Grundstudium gilt abweichend von Abs.1 S.1 und 2 folgende Definition von Berufsunfähigkeit: Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist oder nach ärztlicher Prognose voraussichtlich 6 Monate außerstande sein wird, einer Tätigkeit als Auszubildender oder Student nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht. Für Auszubildende ab dem dritten Ausbildungsjahr und Studenten nach erfolgreichem Abschluss des Grundstudiums (z. B. Zwischenprüfung, Vordiplom, Bachelor, Physikum) entfällt diese Einschränkung.

Berufsunfähigkeit bei Erwerbsminderung

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor,

- solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem der Versicherte als Pflichtmitglied angehört, allein aus medizinischen Gründen eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente gewährt,
- der Versicherte bei Beginn der Rentenzahlung durch den Versorgungsträger das 55. Lebensjahr vollendet hat und
- der Vertrag mindestens 10 Jahre besteht.

Der Nachweis der Schwerbehinderung (z.B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt dafür nicht.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens 6 Monate erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und hat er auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. In diesem Fall erbringen wir unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses 6-Monats-Zeitraums.

(4) Übt der Versicherte bei Eintritt der Berufsunfähigkeit seine berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus und (z. B. wegen Mutterschutz, Elternzeit, Arbeitslosigkeit, Grundwehrdienst oder Zivildienst) und ist eine Wiederaufnahme nach spätestens 3 Jahren vorgesehen, so gilt die zuletzt bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Tätigkeit gemäß § 2 Abs. 1 als versichert. Ist der Versicherte aus dem Berufsleben ausgeschieden, ohne dass eine Wiederaufnahme der Tätigkeit absehbar ist, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, dass der Versicherte außerstande ist, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, die er aufgrund vorhandener beruflicher Fähigkeiten und Kenntnisse, die durch Ausbildung und Erfahrung bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben und danach erworben wurden, ausüben kann. Diese Tätigkeit muss der bei Ausscheiden aus dem Berufsleben bestandenen Lebensstellung entsprechen.

(5) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate so hilflos ist, dass er auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang, d.h. für mindestens 90 Minuten täglich, bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe einer fremden Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(6) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig (vgl. Abs. 5) gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. § 2 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(7) Gewöhnliche und regelmäßige Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Blasen- und Darmentleerung
- Ernährung: mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung
- Mobilität: selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

- a) durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthaltes des Versicherten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und er an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten. Bei lediglich fahrlässiger Ausführung der Tat erfolgt kein Leistungsausschluss;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;
- f) durch Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde oder hätte tätig werden müssen;
- 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 oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung beantragt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und vor-

aussichtliche Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;

c) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

d) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit des Versicherten und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);

e) 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 Anspruchshebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen er in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen. Hat der Versicherte die Ermächtigung vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt, wird er vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; der Versicherte kann der Einholung einer solchen Auskunft unter Verwendung der bei Abgabe der Vertragserklärung erteilten Ermächtigung widersprechen. Im Übrigen kann der Versicherte jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrags, so können wir vom Versicherten die hiermit verbundenen Kosten in angemessener Höhe erstattet verlangen. Hält sich der Versicherte im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten, sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Mit unserer Zustimmung können die erforderlichen Untersuchungen auch außerhalb Deutschlands durchgeführt werden.

(3) Die versicherte Person ist aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schademinderungspflicht verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Brillen oder Prothesen) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos sind und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Operationen sehen wir nicht als zumutbar an.

§ 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Auf die Möglichkeit eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

(2) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistungen aus der BUZ werden wir Sie monatlich über den Stand der Bearbeitung informieren. Innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang der gemäß § 4 erforderlichen Unterlagen werden wir

- Ihnen mitteilen, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen oder
- Sie über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren.

§ 6 Können die Beiträge erhöht werden?

Die von uns angegebenen Tarifbeiträge sind für die gesamte Vertragsdauer garantiert und können von uns nicht erhöht werden, da wir auf eine tarifliche Beitragsanpassungsklausel verzichten. Lediglich im Rahmen der gesetzlichen Schutzvorschrift des § 163 VVG können die Beiträge in besonderen Fällen, die nicht nur die Hannoversche Leben betreffen (z. B. Epidemie), heraufgesetzt werden, und auch nur dann, wenn ein unabhängiger Treuhänder dem zustimmt.

§ 7 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 der Versicherte eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs.1 ausübt, wobei auch Tätigkeiten zu berücksichtigen sind, die der Versicherte aufgrund neu erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten ausübt.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 gelten entsprechend.

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

(4) Wir werden von der Leistung frei, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % bzw. (bei vereinbarter Staffelung gemäß § 1 Abs.2) unter den vereinbarten Mindestgrad sinkt. Bei vereinbarter Staffelung (§ 1 Abs.2) können wir unsere Leistungen herabsetzen, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit entsprechend der Staffelregelung sinkt. Die Veränderung legen wir Ihnen in Textform dar und die Einstellung unserer Leistungen teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit; sie wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss, sofern die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist, die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang Ihre Rechte gemäß § 12.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 von Ihnen, dem Versicherten oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht dann später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung.

(2) Unsere Leistungsverpflichtung für den Fall von Berufsunfähigkeit haben wir im Vertrauen darauf übernommen, dass bei Vertragsabschluss alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Es gelten die Vorschriften über die vorvertragliche Anzeigepflicht in den Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung. Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung (Beitragserrhöhung und/oder Ausschluss) von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen.

(3) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen, in den letzten 5 Versicherungsjahren jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung. Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung – soweit vorhanden – erhalten Sie nur, wenn Sie die Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Der Auszahlungsbetrag bei Kündigung errechnet sich aus dem vorhandenen Deckungskapital gemindert um einen Abzug von 50% des Deckungskapitals. Das Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die von Ihnen nicht gezahlten Beitragsteile im Deckungskapital ausgeglichen werden. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(4) Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung, Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert.

(5) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Voraussetzung ist allerdings, dass die hierfür vorgesehene jährliche Mindestrente von 300 Euro nicht unterschritten wird; andernfalls verwenden wir das vorhandene Deckungskapital unter Berücksichtigung des in Abs.3 genannten Abzugs zur Erhöhung der beitragsfreien Leistung der Hauptversicherung. Das Verhältnis zwischen Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge.

(6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3, 4 und 5 entsprechend.

(7) Beantragen Sie im Rahmen der Flexibilitätsgarantie wegen veränderter Lebensumstände eine Aufstockung der Versicherungssumme, bezieht sich eine mitversicherte Beitragsbefreiung aus der BUZ auch auf die erhöhte Versicherungssumme. Eine mitversicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich jedoch nicht. Siehe insoweit aber Möglichkeiten nach § 14 zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente.

(8) Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Vorauszahlung und Jahresgewinnanteile sowie Schlussgewinnbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(9) Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt. Bitte beachten Sie jedoch: Stellen wir im Rahmen einer Nachprüfung gemäß § 7 fest, dass kein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen mehr besteht, erlischt diese Zusatzversicherung, wenn die Hauptversicherung zuvor von Ihnen gekündigt oder beitragsfrei gestellt wurde. Im Falle einer erneuten Berufsunfähigkeit besteht dann kein Versicherungsschutz mehr.

(10) Ansprüche aus der BUZ können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(11) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Zusatzversicherung zu einer Einzelversicherung gehört zur Bestandsgruppe I der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen. Ihre Zusatzversicherung zu einer Kollektivversicherung gehört zur Bestandsgruppe G der Kollektivversicherungen. Sie erhält in der Anwartschaftszeit (Zeit bis zum Eintritt unserer Leistungspflicht) für jedes Versicherungsjahr jeweils zu dessen Beginn einen vollen Jahresgewinnanteil in deklarierter Höhe. Endet die Anwartschaftszeit unterjährig, wird der Jahresgewinnanteil entsprechend zeitanteilig gekürzt. Der Jahresgewinnanteil wird vorschüssig in Prozent des fälligen Beitrages festgesetzt, bei einer Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag nachschüssig in Prozent des durch die Versicherungsdauer geteilten Einmalbeitrages. Zusatzversicherungen, die gemäß § 9 Abs. 5 beitragsfrei gestellt worden sind, sind nicht überschussberechtig.

Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden sie bei Vertragsbeendigung der jeweiligen Hauptversicherung nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren zugeteilt und in gleicher Form verwendet.

(2) Die Jahresgewinnanteile werden während der Anwartschaftszeit in der Regel zur Sofortgutschrift (Verrechnung bei jeder Beitragsfälligkeit) verwendet. Bei einer Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag tritt an die Stelle der Sofortgutschrift die Gewinnverwendung der Hauptversicherung.

(3) Ist der Versicherte nicht berufsunfähig geworden, so kann bei Ablauf der Versicherungsdauer ein Schlussbonus in Prozent der Beitragssumme gewährt werden, dessen Höhe vom Beitrag und von der Versicherungsdauer abhängig ist. Erlischt die Zusatzversicherung vorher durch Tod des Versicherten, so kann ein Schlussbonus in nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik verminderter Höhe gewährt werden, wenn die Versicherung mindestens 2 Jahre gedauert hat und der Versicherte nicht berufsunfähig geworden ist.

(4) Ist dagegen die Leistungspflicht eingetreten und erbringen wir Versicherungsleistungen, so erhält die Zusatzversicherung einen Jahresgewinnanteil in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals. Die Jahresgewinnanteile werden dann zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet; beim Tarif BZ-Plus werden die Gewinnanteile wie die der Hauptversicherung verwendet. Entfällt der Anspruch auf Leistungen vor dem Ablauftermin, fallen die im Leistungsbezug erfolgten Erhöhungen der Versicherungsleistung weg.

§ 11 Welche Zusatzleistungen erhalten Sie in besonderen Fällen?

(1) Wiedereingliederungshilfe:

Hat der Versicherte mindestens 3 Jahre ununterbrochen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bezogen, und stellen wir unsere Leistungen im Rahmen der Nachprüfung nach § 7 ein, zahlen wir für weitere 4 Monate die versicherten Leistungen (maximal 8.000,- Euro), damit der Versicherte sich auf die neue Situation einstellen kann. Dies gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflichten gemäß § 7 Abs. 3 nicht erfüllt wurden.

(2) Rehabilitationshilfe:

Im Rahmen der Leistungsprüfung und der Nachprüfung können wir im Einvernehmen mit Ihnen eine vollständige oder teilweise Beteiligung an den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen vereinbaren, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch früher erfolgen kann.

(3) Soforthilfe:

Wenn der Versicherte in Folge eines Unfalls berufsunfähig wird, zahlen wir zusätzlich eine Soforthilfe in Höhe von 3 Monatsrenten. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung des Versicherten an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

(4) Die Zusatzleistungen gemäß Abs. 1 bis 3 können nur einmal während der gesamten Vertragsdauer der BUZ in Anspruch genommen werden.

§ 12 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?

(1) Beabsichtigen wir nach Prüfung der uns eingereichten und von uns beigezogenen Unterlagen den Leistungsantrag gemäß § 5 Abs. 1 abzulehnen, informieren wir unter Darlegung unserer Gründe zuvor denjenigen, der Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt. Dadurch geben wir ihm Gelegenheit, eine der folgenden Verbraucherschutzorganisationen

- Verbraucherzentralen, die in der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. organisiert sind,
- Versicherungsberater, die im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert sind,

zur Überprüfung unserer vorläufigen Auffassung einzuschalten, wenn der Versicherte die VSO zuvor aus Gründen des Datenschutzes schriftlich bevollmächtigt hat. Im Rahmen der erteilten Vollmacht dürfen dann für die Leistungsprüfung relevante Daten und Unterlagen (z. B. der formelle Leistungsantrag, Arztberichte, Gutachten) an die VSO weitergeleitet werden. Wir übernehmen 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 375 Euro. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Vor einer endgültigen Entscheidung gem. § 5 Abs. 1 werden wir mögliche Bedenken oder Anregungen der VSO in unsere Entscheidungsfindung einbeziehen.

(2) Das in Abs. 1 genannte Recht steht Ihnen auch zu, wenn wir beabsichtigen, gemäß § 7 Abs. 4 im Rahmen eines Nachprüfungsverfahrens unsere anerkannten Leistungen einzustellen oder herabzusetzen.

(3) Bei Ablehnung eines Leistungsantrages wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe § 9 Abs. 2 sowie § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung) gelten folgende Abweichungen gegenüber Abs. 1: Die fristgebundene Ablehnungserklärung (z. B. Rücktritt vom Vertrag) stellen wir mit sofortiger Rechtswirkung dem Anspruchsteller zu. Dieser ist dann berechtigt, eine der in Abs. 1 genannten Verbraucherschutzorganisationen (VSO) zur Überprüfung unserer getroffenen Entscheidung einzuschalten. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Wir werden dann überprüfen, ob wir im Hinblick auf vorgetragene Bedenken oder Anregungen die Wirkung unserer getroffenen Entscheidung gegebenenfalls abändern. Im Falle einer solchen Abänderung übernehmen wir 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 125 Euro.

§ 13 Wann können Sie eine Fortsetzungsoption in Anspruch nehmen?

Fortsetzungsoption

Bei einer Partnersversicherung erlischt der Vertrag, wenn einer der versicherten Partner stirbt. Damit der gegen Berufsunfähigkeit versicherte, überlebende Partner diesen Schutz nicht verliert, bieten wir ihm Folgendes an: Er kann ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Erlöschen seines bisherigen Versicherungsschutzes durch Tod des Partners eine neue Einzelversicherung mit BUZ nach den dann gültigen Tarifen auf seine Person abschließen. Der Versicherungsumfang (Tarif, Versicherungsdauer, Versicherungssumme, Berufsunfähigkeitsrente) darf sich jedoch gegenüber der erloschenen Partnersversicherung nicht erhöhen.

§ 14 Welche Nachversicherungsgarantien bieten wir Ihnen?

(1) Sie haben das Recht, die versicherte Berufsunfähigkeitsrente nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung mit der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer wie die ursprüngliche Versicherung (und zwar in ganzen Jahren) gemäß den nachfolgenden Voraussetzungen in den Abs. 1 bis 4 zu erhöhen.

a) Eine solche Erhöhung kann vorgenommen werden, bei folgenden, den Versicherten betreffenden Ereignissen:

- Volljährigkeit,
- erfolgreicher Abschluss eines Studiums oder einer Berufsausbildung (einschließlich Promotion und Meisterprüfung),
- Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit in einem Kammerberuf oder einem IHK-zertifizierten Ausbildungsberuf,
- erstmaliges Überschreiten der Jahres-Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Selbständigen und Handwerkern,
- Wegfall oder Reduzierung einer Berufsunfähigkeitsrente aus einem Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung,
- Erhöhung des Einkommens aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit von mindestens 10% des monatlichen Bruttoeinkommens im Durchschnitt der letzten 12 Monate,
- Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- Scheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt oder Adoption eines Kindes,
- Tod des Ehegatten oder Lebenspartners,
- Pflegebedürftigkeit des Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne von § 2 Abs.5–7,
- Bau oder Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie.

Die Ereignisse sind uns nachzuweisen.

b) Unabhängig von den unter a) genannten Ereignissen können Sie alle 5 Jahre mit einer Frist von 2 Monaten zum jeweiligen Versicherungstichtag eine Erhöhung beantragen. Die Erhöhung der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente beträgt dabei maximal 3.000 Euro. Soweit ein Zuschlag oder ein Ausschluss zu Ihrem Vertrag vereinbart ist, kann die Erhöhung nicht erfolgen.

(2) Das Recht auf Nachversicherung können Sie ausüben, sofern

- der Versicherte dann nicht bereits berufsunfähig ist,
- im Falle des Abs.1 a) seit Eintritt des Ereignisses nicht mehr als 6 Monate vergangen sind,
- die Versicherung sich nicht in den letzten 15 Jahren ihrer Laufzeit befindet (spätestens jedoch bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres),
- jede einzelne Erhöhung der versicherten Jahresrente mindestens 300 Euro, aber nicht mehr als 50 % der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente beträgt,
- die Summe aller Erhöhungen der versicherten Jahresrente nicht mehr als 100 % der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente beträgt und die bei uns versicherte Gesamtjahresrente den Betrag von 30.000 Euro nicht übersteigt und
- nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf den Versicherten bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d. h. 50 % des letzten jährlichen Brutto-Arbeitseinkommens des Versicherten nicht übersteigt. Anstelle dieser 50 % – Regelung darf die vorgenannte gesamte Jahresrente den Betrag von 15.000 Euro nicht übersteigen, wenn die Erhöhung aufgrund des erfolgreichen Abschlusses eines Studiums oder einer Berufsausbildung erfolgt.

(3) Für die Risikobeurteilung wird der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Abschlusses des ursprünglichen Vertrages zugrunde gelegt, aus dem die Nachversicherungsgarantie abgeleitet wird. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Erhöhungssumme; Beitragszuschläge berechnen sich nach dem erreichten Alter.

Eine planmäßige Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistung kann für die Nachversicherung nicht vereinbart werden.

(4) Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie können für jedes Ereignis nur einmal beantragt werden. Das Ausüben der Nachversicherungsgarantie gilt nur für den Ursprungsvertrag; sie ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der Nachversicherungsgarantie zustande gekommen ist.

§ 15 Welche Verlängerungsoption bieten wir Ihnen?

(1) Ist die Hauptversicherung eine Risikoversicherung, können Sie Ihren Vertrag bis höchstens zum Endalter 67 der versicherten Person ohne Gesundheitsprüfung verlängern; wenn

- die Verlängerung spätestens 5 Jahre nach Vertragsschluss beantragt wird,
- die versicherte Person zum Zeitpunkt der Ausübung der Verlängerungsoption weder berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen noch erwerbsunfähig/erwerbsgemindert im sozialrechtlichen Sinn ist,
- die versicherte Person bei Abschluss des Vertrages höchstens 30 Jahre alt war,
- die Haupt- und Zusatzversicherung mindestens bis zum 60. Lebensjahr der versicherten Person abgeschlossen worden waren
- die versicherte monatliche Berufsunfähigkeits-Rente zum Vertragsbeginn höchstens 1.000 Euro und
- die Versicherungssumme zum Vertragsbeginn der Hauptversicherung höchstens 20.000 Euro betrug.

Diese Option kann – auch bei mehreren Verträgen auf das Leben derselben versicherten Person – nur einmal ausgeübt werden. Bestehen zum Zeitpunkt der Verlängerung Verträge, welche aus der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie (§14) des zu verlängernden Vertrages entstanden sind, so können auch diese Verträge auf das gewünschte Endalter verlängert werden.

(2) Bestehende Ausschlüsse oder Beitragszuschläge gelten nach der Verlängerung weiter. Ist nach unseren Annahmebedingungen berufsbedingt ein Abschluss über das Endalter 60 (oder niedriger) hinaus nicht möglich, kann die Verlängerungsoption nicht genutzt werden.

§ 16 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

(1) Sie können beantragen, dass eine in Verbindung mit einer Kapital- oder Rentenversicherung abgeschlossene BUZ ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine neue Risikoversicherung mit BUZ nach den dann gültigen Tarifen umgetauscht wird. Während die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente unverändert bleiben kann, darf die Versicherungssumme der Risikoversicherung nicht höher sein als die versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente. Wenn Sie dieses beantragen, bilden wir – sofern der Vertrag mindestens ein Jahr bestanden hat – aus dem in der Kapital- oder Rentenversicherung etwaig vorhandenen Deckungskapital eine beitragsfreie Versicherung, oder zahlen den Rückkaufswert aus. Im Falle der Beitragsfreistellung innerhalb von 12 Monaten können Sie die Kapital- oder Rentenversicherung einschließlich der BUZ wieder in Kraft setzen lassen, indem Sie dies beantragen und die rückständigen Beträge nebst Stundungszinsen nachzahlen. Die umgetauschte Risikoversicherung mit BUZ erlischt dann.

(2) Anstelle der Möglichkeit nach Abs. 1 können Sie beantragen, dass die Kapital- oder Rentenversicherung mit BUZ bestehen bleibt und – soweit in ausreichender Höhe vorhanden – Deckungskapital für die Dauer von längstens 2 Jahren mit den Beiträgen verrechnet wird. Die dadurch reduzierten garantierten Leistungen teilen wir Ihnen dann mit. Nach dem Verrechnungszeitraum wird der Vertrag beitragspflichtig weitergeführt.

(3) Alternativ haben Sie auch die Möglichkeit, eine Herabsetzung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung (Haupt- und Zusatzversicherung) zu beantragen. Dabei geben wir Ihnen die Garantie, dass Ihre Versicherung bis zu 12 Monate danach ohne Gesundheitsprüfung wiederhergestellt werden kann.

(4) Statt dessen können Sie auch einmal während der Vertragslaufzeit eine zinslose Stundung oder Teilstundung der Beiträge für die Haupt- und Zusatzversicherung für die Dauer von bis zu 6 Monaten bei Arbeitslosigkeit beantragen. Eine zinslose Stundung oder Teilstundung für die Dauer von bis zu 6 Monaten können Sie auch in dem Zeitraum beantragen, in dem Sie Elterngeld beziehen. Voraussetzung in beiden Fällen ist, dass die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt worden sind.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE BERUFSUNFÄHIGKEITS-ZUSATZVERSICHERUNG ZUR BASISRENTE / BUB15

Inhalt

§ 1 Welche Leistungen sind versichert?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

§ 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

§ 6 Können die Beiträge erhöht werden?

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

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

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 11 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?

§ 1 Welche Leistungen sind versichert?

(Tarife BZ, BZ-Plus)

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (nachfolgend BUZ genannt), die nur zusammen mit einer Basisrente als Hauptversicherung abgeschlossen werden kann, bietet mit den Tarifen BZ, BZ-Plus, – die nachfolgend näher erläutert werden – Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfähigkeit. Wird der oder die Versicherte (nachfolgend der Versicherte genannt) während der Dauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

wir übernehmen für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf dieser Zusatzversicherung, die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und eingeschlossene weitere Zusatzversicherungen.

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

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(2) Anstelle der 50 %-Regelung in Absatz 1 kann die Staffelung der Versicherungsleistungen nach dem Grad der Berufsunfähigkeit vereinbart werden (Staffelregelung).

(3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens aber 3 Jahre vor dem Tag des Eingangs der Mitteilung nach § 4 Abs. 1. Bei einer unverschuldet verspäteten Anzeige des Versicherungsfalles wird die Leistung jedoch ohne Einschränkung rückwirkend erbracht.

(4) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % oder den vereinbarten Mindestgrad (Staffelregelung) sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das in § 2 Abs. 5 genannte Ausmaß sinkt, wenn der Versicherte stirbt oder bei Ablauf dieser Zusatzversicherung.

(5) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht in entsprechender Höhe zurückzahlen. Wenn Sie es wünschen, werden wir Ihnen die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird endgültig festgestellt, dass unsere Leistungspflicht nicht besteht, sind die ausstehenden Beiträge von Ihnen nachzuzahlen. Die gestundeten Beiträge können Sie in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten in Raten neben den laufenden Beiträgen nachzahlen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) a) Tarif BZ:

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 3 Jahre außerstande ist, seinen zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung vor Eintritt des Versicherungsfalles entspricht. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit darf keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Eine Verweisung auf die genannte andere Tätigkeit ist aber ausgeschlossen, wenn

- der Versicherte bei Eintritt der Berufsunfähigkeit das 55. Lebensjahr bereits vollendet hat,
- der Versicherte ein Studium an einer staatlich anerkannten Fachhochschule oder Universität erfolgreich abgeschlossen hat und er in den letzten drei Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ein Bruttoeinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen hat,
- das jährliche Einkommen in der anderen Tätigkeit 20 % oder mehr unter dem Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf liegen würde,
- der Versicherte das 50. Lebensjahr vollendet hat und der zuletzt ausgeübte Beruf mindestens zehn Jahre lang ununterbrochen ausgeübt wurde, und er auch keine andere Tätigkeit tatsächlich ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

Hat der Versicherte vor Eintritt der Berufsunfähigkeit zuletzt einen kaufmännischen Beruf mindestens fünf Jahre lang ununterbrochen ausgeübt, ist eine Verweisung auf einen anderen als einen kaufmännischen Beruf ausgeschlossen, es sei denn, er übt eine andere Tätigkeit tatsächlich aus, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

b) Tarif BZ-Plus:

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande ist, seinen zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er

ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und er auch keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung vor Eintritt des Versicherungsfalles entspricht. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit darf keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Auf eine abstrakte Verweisung verzichten wir.

Bei einem Berufswechsel innerhalb der letzten zwei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit, kann auch der davor ausgeübte Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit herangezogen werden, wenn die für den Eintritt der Berufsunfähigkeit ursächlichen Gesundheitsstörungen bereits bei der Aufgabe des früheren Berufs dem Versicherten bekannt waren und der Berufswechsel weder auf ärztliches Anraten noch wegen des unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit erfolgte. Scheidet die versicherte Person nur vorübergehend aus ihrem bisherigen Beruf wegen Mutterschutz oder gesetzlicher Elternzeit aus, prüfen wir auf den zuvor ausgeübten Beruf gemäß Abs.1 S.1.

c) für beide Tarife (BZ, BZ-Plus) gilt:

Berufsunfähigkeit bei Beamten

Auch die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich allein nach den vorgenannten Regelungen des § 2 – unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne.

Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen ist die Berufsunfähigkeit unter Berücksichtigung der konkreten Betriebsgestaltung und der im Betrieb etwa bestehenden zumutbaren Möglichkeit einer Umorganisation zu beurteilen. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn Sie betrieblich sinnvoll ist, evtl. Einkommenseinbußen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung hinsichtlich Weisungs- und Direktionsbefugnis inne hat.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens 3 Jahre (Tarif BZ) bzw. mindestens 6 Monate (Tarif BZ-Plus) erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen,

- seinen zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. Absatz 1 a) Satz 2 und 3 gelten entsprechend. Durch diese Regelung entsteht – trotz fehlender Prognose einer mindestens 3 Jahre andauernden Berufsunfähigkeit – der Anspruch auf Versicherungsleistungen mit Beginn des 7. Monats. Wird nach einer Anerkennung unserer Leistungspflicht bei der Nachprüfung gemäß § 7 festgestellt, dass inzwischen eine Berufsunfähigkeit von voraussichtlich mindestens 3 Jahren vorliegt, werden wir die ersten 6 Monate nachregulieren (Tarif BZ).
- seinen zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und hat er auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. In diesem Fall erbringen wir unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses 6-Monats-Zeitraums (Tarif BZ-Plus).

(4) Übt der Versicherte bei Eintritt der Berufsunfähigkeit seine berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus (z. B. wegen Mutterschutz, Elternzeit, Arbeitslosigkeit, Grundwehrdienst oder Zivildienst) und ist eine Wiederaufnahme nach spätestens 3 Jahren vorgesehen, so gilt die zuletzt bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Tätigkeit gemäß § 2 Abs. 1 als versichert. Ist der Versicherte aus dem Berufsleben ausgeschieden, ohne dass eine Wiederaufnahme der Tätigkeit absehbar ist, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, dass der Versicherte außerstande ist, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, die er aufgrund vorhandener beruflicher Fähigkeiten und Kenntnisse, die durch Ausbildung und Erfahrung bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben und danach erworben wurden, ausüben kann. Diese Tätigkeit muss der bei Ausscheiden aus dem Berufsleben bestandenen Lebensstellung entsprechen.

(5) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 3 Jahre (Tarif BZ) bzw. mindestens 6 Monate (Tarif BZ-Plus) so hilflos ist, dass er auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang, d.h. für mindestens 90 Minuten täglich, bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe einer fremden Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Die Beitragszahlung für die Basisrente wird nur übernommen, wenn die Pflegebedürftigkeit auch zur Berufsunfähigkeit im Sinne von § 172 VVG führt.

(6) Gewöhnliche und regelmäßige Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Blasen- und Darmentleerung
- Ernährung: mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung
- Mobilität: selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
- a) durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthaltes des Versicherten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und er an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
 - c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten. Bei lediglich fahrlässiger Ausführung der Tat erfolgt kein Leistungsausschluss;
 - d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;

- f) durch Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde oder hätte tätig werden müssen;
- 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 oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung beantragt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit des Versicherten und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
- e) 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 Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen er in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen. Hat der Versicherte die Ermächtigung vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt, wird er vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; der Versicherte kann der Einholung einer solchen Auskunft unter Verwendung der bei Abgabe der Vertragserklärung erteilten Ermächtigung widersprechen. Im Übrigen kann der Versicherte jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrags, so können wir vom Versicherten die hiermit verbundenen Kosten in angemessener Höhe erstattet verlangen. Hält sich der Versicherte im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Auf-

enthaltungskosten. Mit unserer Zustimmung können die erforderlichen Untersuchungen auch außerhalb Deutschlands durchgeführt werden.

(3) Die versicherte Person ist aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Brillen oder Prothesen) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos sind und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Operationen sehen wir nicht als zumutbar an.

§ 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Auf die Möglichkeit eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

(2) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistungen aus der BUZ werden wir Sie monatlich über den Stand der Bearbeitung informieren. Innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang der gemäß § 4 erforderlichen Unterlagen werden wir – Ihnen mitteilen, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen oder – Sie über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren.

§ 6 Können die Beiträge erhöht werden?

Die von uns angegebenen Tarifbeiträge sind für die gesamte Vertragsdauer garantiert und können von uns nicht erhöht werden, da wir auf eine tarifliche Beitragsanpassungsklausel verzichten. Lediglich im Rahmen der gesetzlichen Schutzvorschrift des § 163 VVG können die Beiträge in besonderen Fällen, die nicht nur die Hannoversche Leben betreffen (z. B. Epidemie), heraufgesetzt werden, und auch nur dann, wenn ein unabhängiger Treuhänder dem zustimmt.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und deren Grad nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob der Versicherte eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs.1 ausübt. Beim Tarif BZ sind neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten nur zu berücksichtigen, wenn der Versicherte einen entsprechenden Arbeitsplatz in einem Vergleichsberuf auch tatsächlich erlangt hat oder er sich um einen solchen nicht in zumutbarer Weise bemüht hat. Beim Tarif BZ-Plus sind auch Tätigkeiten zu berücksichtigen, die der Versicherte aufgrund neu erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten ausübt.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 gelten entsprechend.

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

(4) Wir werden von der Leistung frei, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % bzw. (bei vereinbarter Staffelung gemäß § 1 Abs.2) unter den vereinbarten Mindestgrad sinkt. Bei vereinbarter Staffelung (§ 1 Abs.2) können wir unsere Leistungen herabsetzen, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit entsprechend der Staf-

felregelung sinkt. Die Veränderung legen wir Ihnen in Textform dar und die Einstellung unserer Leistungen teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit; sie wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss, sofern die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist, die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 von Ihnen, dem Versicherten oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht dann später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung.

(2) Unsere Leistungsverpflichtung für den Fall von Berufsunfähigkeit haben wir im Vertrauen darauf übernommen, dass bei Vertragsabschluss alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Es gelten die Vorschriften über die vorvertragliche Anzeigepflicht in den Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung. Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung (Beitragserhöhung und/oder Ausschluss) von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen.

(3) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen, in den letzten 5 Versicherungsjahren jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung. Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung – soweit vorhanden – erhalten Sie nur, wenn Sie die Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Bei Kündigung erfolgt aus der Zusatzversicherung keine Auszahlung. In diesem Fall wird das Deckungskapital – gemindert um einen Abzug von 50% des Deckungskapitals – zur Erhöhung der Versicherungsleistungen aus der Hauptversicherung verwendet und die Zusatzversicherung erlischt. Das Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die von Ihnen nicht gezahlten Beitragsteile im Deckungskapital ausgeglichen werden. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(4) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Ein aus der Zusatzversicherung zur Verfügung stehender, gemäß Absatz 3 zu ermittelnder Betrag wird zur Erhöhung der beitragsfreien Leistung der Hauptversicherung verwendet, und die Zusatzversicherung erlischt.

(5) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (beitragsfreie Versicherungsleistung und Jahresgewinnanteile sowie Schlussgewinnbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(7) Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt. Bitte beachten Sie jedoch: Stellen wir im Rahmen einer Nachprüfung gemäß § 7 fest, dass kein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen mehr besteht, erlischt diese Zusatzversicherung, wenn die Hauptversicherung zuvor von Ihnen gekündigt oder beitragsfrei gestellt wurde. Im Falle einer erneuten Berufsunfähigkeit besteht dann kein Versicherungsschutz mehr.

(8) Ansprüche aus der BUZ können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(9) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Zusatzversicherung gehört zur Bestandsgruppe I der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen. Ihre Zusatzversicherung zu einer Kollektivversicherung gehört zur Bestandsgruppe G der Kollektivversicherungen.

Sie erhält in der Anwartschaftszeit (Zeit bis zum Eintritt unserer Leistungspflicht) für jedes Versicherungsjahr jeweils zu dessen Beginn einen vollen Jahresgewinnanteil in deklarer Höhe. Endet die Anwartschaftszeit unterjährig, wird der Jahresgewinnanteil entsprechend zeitanteilig gekürzt. Der Jahresgewinnanteil wird vorschüssig in Prozent des fälligen Beitrages festgesetzt, bei einer Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag nachschüssig in Prozent des durch die Versicherungsdauer geteilten Einmalbeitrages. Zusatzversicherungen, die gemäß § 9 Abs. 4 beitragsfrei gestellt worden sind, sind nicht überschussberechtig.

Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden sie bei Vertragsbeendigung der jeweiligen Hauptversicherung nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren zugeteilt und in gleicher Form verwendet.

(2) Die Jahresgewinnanteile werden während der Anwartschaftszeit in der Regel zur Sofortgutschrift (Verrechnung bei jeder Beitragsfälligkeit) verwendet. Bei einer Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag tritt an die Stelle der Sofortgutschrift die Gewinnverwendung der Hauptversicherung.

(3) Ist der Versicherte nicht berufsunfähig geworden, so kann bei Ablauf der Versicherungsdauer ein Schlussbonus in Prozent der Beitragssumme gewährt werden, dessen Höhe vom Beitrag und von der Versicherungsdauer abhängig ist.

Erlischt die Zusatzversicherung vorher durch Tod des Versicherten, so kann ein Schlussbonus in nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik verminderter Höhe gewährt werden, wenn die Versicherung mindestens 2 Jahre gedauert hat und der Versicherte nicht berufs unfähig geworden ist. Der Schlussbonus wird zur Erhöhung der Gewinnrente der Hauptversicherung verwendet.

(4) Ist dagegen die Leistungspflicht eingetreten und erbringen wir Versicherungsleistungen, so erhält die Zusatzversicherung einen Jahresgewinnanteil in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals. Die Jahresgewinnanteile werden wie die der Hauptversicherung verwendet.

§ 11 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?

(1) Beabsichtigen wir nach Prüfung der uns eingereichten und von uns beigezogenen Unterlagen den Leistungsantrag gemäß § 5 Abs. 1 abzulehnen, informieren wir unter Darlegung unserer Gründe zuvor denjenigen, der Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt. Dadurch geben wir ihm Gelegenheit, eine der folgenden Verbraucherschutzorganisationen

- Verbraucherzentralen, die in der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. organisiert sind,
- Versicherungsberater, die im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert sind,

zur Überprüfung unserer vorläufigen Auffassung einzuschalten, wenn der Versicherte die VSO zuvor aus Gründen des Datenschutzes schriftlich bevollmächtigt hat. Im Rahmen der erteilten Vollmacht dürfen dann für die Leistungsprüfung relevante Daten und Unterlagen (z. B. der formelle Leistungsantrag, Arztberichte, Gutachten) an die VSO weitergeleitet werden. Wir übernehmen 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 375 Euro. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Vor einer endgültigen Entscheidung gem. § 5 Abs. 1 werden wir mögliche Bedenken oder Anregungen der VSO in unsere Entscheidungsfindung einbeziehen.

(2) Das in Abs. 1 genannte Recht steht Ihnen auch zu, wenn wir beabsichtigen, gemäß § 7 Abs. 4 im Rahmen eines Nachprüfungsverfahrens unsere anerkannten Leistungen einzustellen oder herabzusetzen.

(3) Bei Ablehnung eines Leistungsantrages wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe § 9 Abs. 2 sowie § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung) gelten folgende Abweichungen gegenüber Abs. 1: Die fristgebundene Ablehnungserklärung (z. B. Rücktritt vom Vertrag) stellen wir mit sofortiger Rechtswirkung dem Anspruchsteller zu. Dieser ist dann berechtigt, eine der in Abs. 1 genannten Verbraucherschutzorganisationen (VSO) zur Überprüfung unserer getroffenen Entscheidung einzuschalten. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Wir werden dann überprüfen, ob wir im Hinblick auf vorgetragene Bedenken oder Anregungen die Wirkung unserer getroffenen Entscheidung gegebenenfalls abändern. Im Falle einer solchen Abänderung übernehmen wir 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 125 Euro.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE ERWERBSUNFÄHIGKEITS-ZUSATZ-VERSICHERUNG / EUZ16

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

§ 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

§ 6 Können die Beiträge erhöht werden?

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

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

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 11 Welche Zusatzleistungen erhalten Sie in besonderen Fällen?

§ 12 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?

§ 13 Wann können Sie eine Fortsetzungsoption in Anspruch nehmen und wann können Sie die Versicherung umtauschen?

§ 14 Welche Nachversicherungsgarantien bieten wir Ihnen?

§ 15 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

§ 1 Was ist versichert?

Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Tarif ER)

(1) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ) erwerbsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

Wir übernehmen für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf dieser Zusatzversicherung, die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und eingeschlossene weitere Zusatzversicherungen.

Zusätzlich zahlen wir monatlich im voraus die vereinbarte Erwerbsunfähigkeitsrente sowie in besonderen Fällen eine Wiedereingliederungshilfe, eine Rehabilitationshilfe und eine Soforthilfe (vgl. § 11).

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Wird uns die Erwerbsunfähigkeit später als 3 Jahre nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Bei einer unverschuldet verspäteten Anzeige des Versicherungsfalles wird die Leistung jedoch auch rückwirkend erbracht.

(3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erlischt, wenn keine Erwerbsunfähigkeit mehr besteht, wenn der Versicherte stirbt oder bei Ablauf dieser Zusatzversicherung.

(4) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht in entsprechender Höhe zurückerzahlen. Wenn Sie es wünschen, werden wir Ihnen die künftig fälligen Beiträge bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht stunden. Erkennen wir die Leistungspflicht an, verlangen wir für die Stundung keinen Stundungszins. Lehnen wir eine Leistungspflicht endgültig ab, erheben wir rückwirkend den jeweils gültigen Stundungszins.

(5) Darüber hinaus bestehen im Rahmen des § 15 dieser Bedingungen weitere Möglichkeiten, um Ihnen im Falle von Zahlungsschwierigkeiten zu helfen.

§ 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außerstande ist, einer Erwerbstätigkeit von mehr als drei Stunden täglich nachzugehen.

(2) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen, einer Erwerbstätigkeit von mehr als drei Stunden täglich nachzugehen, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Erwerbsunfähigkeit.

(3) Als Erwerbstätigkeit gelten alle Tätigkeiten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind, und alle selbständigen Tätigkeiten. Der zuletzt ausgeübte Beruf, die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, die bisherige Lebensstellung, insbesondere das bisherige berufliche Einkommen, und die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt. Auch der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers ist nicht bindend.

(4) Ist der Versicherte 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von Abs. 5 oder Abs. 7 und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Erwerbsunfähigkeit.

(5) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 2 Jahre so hilflos ist, dass er für mindestens 3 der in Abs. 6 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang, d.h. für mindestens 90 Minuten täglich, der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(6) Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend:

Der Versicherte benötigt Hilfe beim:

- Fortbewegen im Zimmer
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- Aufstehen und Zubettgehen
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – 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 der Versicherte – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderliche Körperbewegung auszuführen.
 - Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil
 - er sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann
 - er seine 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.

(7) Unabhängig von der Beurteilung gemäß Abs. 6 liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn der Versicherte wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf, oder wenn er dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(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) durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die Erwerbsunfähigkeit während eines Aufenthaltes des Versicherten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und er an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war;
 - c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten. Bei lediglich fahrlässiger Ausführung der Tat erfolgt kein Leistungsausschluss;
 - d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;
 - f) durch Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährdet, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde oder hätte tätig werden müssen;
 - 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 oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung beantragt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit des Versicherten und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
- e) bei Erwerbsunfähigkeit 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) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen er in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen. Hat der Versicherte die Ermächtigung vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt, wird er vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; der Versicherte kann der Einholung einer solchen Auskunft unter Verwendung der bei Abgabe der Vertragserklärung erteilten Ermächtigung widersprechen. Im Übrigen kann der Versicherte jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrags, so können wir vom Versicherten die hiermit verbundenen Kosten in angemessener Höhe erstattet verlangen. Hält sich der Versicherte im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Mit unserer Zustimmung können die erforderlichen Untersuchungen auch außerhalb Deutschlands durchgeführt werden.

(3) Die versicherte Person ist aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Brillen oder Prothesen) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos sind und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Operationen sehen wir nicht als zumutbar an.

§ 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Auf die Möglichkeit eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

(2) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistungen aus der EUZ werden wir Sie monatlich über den Stand der Bearbeitung informieren. Innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang der gemäß § 4 erforderlichen Unterlagen werden wir – Ihnen mitteilen, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen oder – Sie über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren.

§ 6 Können die Beiträge erhöht werden?

Die von uns angegebenen Tarifbeiträge sind für die gesamte Vertragsdauer garantiert und können von uns nicht erhöht werden, da wir auf eine tarifliche Beitragsanpassungsklausel verzichten. Lediglich im Rahmen der gesetzlichen Schutzvorschrift des § 163 VVG können die Beiträge in besonderen Fällen, die nicht nur die Hannoversche Leben betreffen (z. B. Epidemie), heraufgesetzt werden, und auch nur dann, wenn ein unabhängiger Treuhänder dem zustimmt.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Erwerbsunfähigkeit und die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.

(4) Wir werden von der Leistung frei, wenn die Erwerbsunfähigkeit wegfällt. Die Einstellung unserer Leistungen teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit; sie wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss, sofern die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist, die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang Ihre Rechte gemäß § 12.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 von Ihnen, dem Versicherten oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht dann später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des lau-

fenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung.

(2) Unsere Leistungsverpflichtung für den Fall von Erwerbsunfähigkeit haben wir im Vertrauen darauf übernommen, dass bei Vertragsabschluss alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Es gelten die Vorschriften über die vorvertragliche Anzeigepflicht in den Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung. Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung (Beitragserrhöhung und/oder Ausschluss) von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen.

(3) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen, in den letzten 5 Versicherungsjahren jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung. Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung – soweit vorhanden – erhalten Sie nur, wenn Sie die Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Der Auszahlungsbetrag bei Kündigung errechnet sich aus dem vorhandenen Deckungskapital gemindert um einen Abzug von 60% des Deckungskapitals. Das Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die von Ihnen nicht gezahlten Beitragsteile im Deckungskapital ausgeglichen werden. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(4) Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung, Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert.

(5) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Voraussetzung ist allerdings, dass die hierfür vorgesehene jährliche Mindestrente von 300 Euro nicht unterschritten wird; andernfalls verwenden wir das vorhandene Deckungskapital unter Berücksichtigung des in Abs.3 genannten Abzugs zur Erhöhung der beitragsfreien Leistung der Hauptversicherung. Das Verhältnis zwischen Erwerbsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert. Die beitragsfreie Erwerbsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge.

(6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3, 4 und 5 entsprechend.

(7) Beantragen Sie im Rahmen der Flexibilitätsgarantie wegen veränderter Lebensumstände eine Aufstockung der Versicherungssumme, bezieht sich eine mitversicherte Beitragsbefreiung aus der EUZ auch auf die erhöhte Versicherungssumme. Eine mitversicherte Erwerbsunfähigkeitsrente erhöht sich jedoch nicht. Siehe insoweit aber Möglichkeiten nach § 14 zur Erhöhung der Erwerbsunfähigkeitsrente.

(8) Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Vorauszahlung und Jahresgewinnanteile sowie Schlussgewinnbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(9) Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Erwerbsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt. Bitte beachten Sie jedoch: Stellen wir im Rahmen einer Nachprüfung gemäß § 7 fest, dass kein Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsleistungen mehr besteht, erlischt diese Zusatzversicherung, wenn die Hauptversicherung zuvor von Ihnen gekündigt oder beitragsfrei gestellt wurde. Im Falle einer erneuten Erwerbsunfähigkeit besteht dann kein Versicherungsschutz mehr.

(10) Ansprüche aus der EUZ können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(11) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Zusatzversicherung zu einer Einzelversicherung gehört zur Bestandsgruppe I der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen. Ihre Zusatzversicherung zu einer Kollektivversicherung gehört zur Bestandsgruppe G der Kollektivversicherungen. Sie erhält in der Anwartschaftszeit (Zeit bis zum Eintritt unserer Leistungspflicht) für jedes Versicherungsjahr jeweils zu dessen Beginn einen vollen Jahresgewinnanteil in deklarer Höhe. Endet die Anwartschaftszeit unterjährig, wird der Jahresgewinnanteil entsprechend zeitanteilig gekürzt. Der Jahresgewinnanteil wird vorschüssig in Prozent des fälligen Beitrages festgesetzt, bei einer Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag nachschüssig in Prozent des durch die Versicherungsdauer geteilten Einmalbeitrages. Zusatzversicherungen, die gemäß § 9 Abs. 5 beitragsfrei gestellt worden sind, sind nicht überschussberechtigigt.

Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Erwerbsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden sie bei Vertragsbeendigung der jeweiligen Hauptversicherung nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren zugeteilt und in gleicher Form verwendet.

(2) Die Jahresgewinnanteile werden während der Anwartschaftszeit in der Regel zur Sofortgutschrift (Verrechnung bei jeder Beitragsfälligkeit) verwendet. Bei einer Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag tritt an die Stelle der Sofortgutschrift die Gewinnverwendung der Hauptversicherung.

(3) Ist der Versicherte nicht erwerbsunfähig geworden, so kann bei Ablauf der Versicherungsdauer ein Schlussbonus in Prozent der Beitragssumme gewährt werden, dessen Höhe vom Beitrag und von der Versicherungsdauer abhängig ist. Erlischt die Zusatzversicherung vorher durch Tod des Versicherten, so kann ein Schlussbonus in nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ver-

minderter Höhe gewährt werden, wenn die Versicherung mindestens 2 Jahre gedauert hat und der Versicherte nicht erwerbsunfähig geworden ist.

(4) Ist dagegen die Leistungspflicht eingetreten und erbringen wir Versicherungsleistungen, so erhält die Zusatzversicherung einen Jahresgewinnanteil in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals. Die Jahresgewinnanteile werden dann zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet. Entfällt der Anspruch auf Leistungen vor dem Ablauftermin, fallen die im Leistungsbezug erfolgten Erhöhungen der Versicherungsleistung weg.

§ 11 Welche Zusatzleistungen erhalten Sie in besonderen Fällen?

(1) Wiedereingliederungshilfe:

Hat der Versicherte mindestens 3 Jahre ununterbrochen Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit bezogen, und stellen wir unsere Leistungen im Rahmen der Nachprüfung nach § 7 ein, zahlen wir für weitere 4 Monate die versicherten Leistungen (maximal 8.000 Euro), damit der Versicherte sich auf die neue Situation einstellen kann. Dies gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflichten gemäß § 7 Abs. 3 nicht erfüllt wurden.

(2) Rehabilitationshilfe:

Im Rahmen der Leistungsprüfung und der Nachprüfung können wir im Einvernehmen mit Ihnen eine vollständige oder teilweise Beteiligung an den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen vereinbaren, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch früher erfolgen kann.

(3) Soforthilfe:

Wenn der Versicherte in Folge eines Unfalls erwerbsunfähig wird, zahlen wir zusätzlich eine Soforthilfe in Höhe von 3 Monatsrenten. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung des Versicherten an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(4) Die Zusatzleistungen gemäß Abs. 1 bis 3 können nur einmal während der gesamten Vertragsdauer der EUZ in Anspruch genommen werden.

§ 12 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?

(1) Beabsichtigen wir nach Prüfung der uns eingereichten und von uns beigezogenen Unterlagen den Leistungsantrag gemäß § 5 Abs. 1 abzulehnen, informieren wir unter Darlegung unserer Gründe zuvor denjenigen, der Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt. Dadurch geben wir ihm Gelegenheit, eine der folgenden zwei Verbraucherschutzorganisationen

- Verbraucherzentralen, die in der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. organisiert sind,
- Versicherungsberater, die im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert sind,

zur Überprüfung unserer vorläufigen Auffassung einzuschalten, wenn der Versicherte die VSO zuvor aus Gründen des Datenschutzes schriftlich bevollmächtigt hat. Im Rahmen der erteilten Vollmacht dürfen dann für die Leistungsprüfung relevante Daten und Unterlagen (z. B. der formelle Leistungsantrag, Arztberichte, Gutachten) an die VSO weitergeleitet werden. Wir übernehmen 75 % der nach-

gewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 375 Euro. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Vor einer endgültigen Entscheidung gem. § 5 werden wir mögliche Bedenken oder Anregungen der VSO in unsere Entscheidungsfindung einbeziehen.

(2) Das in Abs. 1 genannte Recht steht Ihnen auch zu, wenn wir beabsichtigen, gemäß § 7 Abs. 4 im Rahmen eines Nachprüfungsverfahrens unsere anerkannten Leistungen einzustellen oder herabzusetzen.

(3) Bei Ablehnung eines Leistungsantrages wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe § 9 Abs. 2 sowie § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung) gelten folgende Abweichungen gegenüber Abs. 1: Die fristgebundene Ablehnungserklärung (z. B. Rücktritt vom Vertrag) stellen wir mit sofortiger Rechtswirkung dem Anspruchsteller zu. Dieser ist dann berechtigt, eine der in Abs. 1 genannten Verbraucherschutzorganisationen (VSO) zur Überprüfung unserer getroffenen Entscheidung einzuschalten. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Wir werden dann überprüfen, ob wir im Hinblick auf vorgetragene Bedenken oder Anregungen die Wirkung unserer getroffenen Entscheidung gegebenenfalls abändern. Im Falle einer solchen Abänderung übernehmen wir 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 125 Euro.

§ 13 Wann können Sie eine Fortsetzungsoption in Anspruch nehmen und wann können Sie die Versicherung umtauschen?

(1) Fortsetzungsoption

Bei einer Partnersversicherung erlischt der Vertrag, wenn einer der versicherten Partner stirbt. Damit der gegen Erwerbsunfähigkeit versicherte, überlebende Partner diesen Schutz nicht verliert, bieten wir ihm Folgendes an: Er kann ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Erlöschen seines bisherigen Versicherungsschutzes durch Tod des Partners eine neue Einzelversicherung mit EUZ nach den dann gültigen Tarifen auf seine Person abschließen. Der Versicherungsumfang (Tarif, Versicherungsdauer, Versicherungssumme, Erwerbsunfähigkeitsrente) darf sich jedoch gegenüber der erloschenen Partnersversicherung nicht erhöhen.

(2) Umtauschrecht

Haben Sie eine Ausbildung oder ein Studium begonnen, können Sie bis zum erfolgreichen Abschluss der Ausbildung oder des Studiums, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs des Versicherten jederzeit die EUZ ohne erneute Gesundheitsprüfung, aber unter Prüfung des Berufsrisikos des angestrebten bzw. ausgeübten Berufes und unter Beibehaltung der ursprünglichen Versicherungsdauer (längstens jedoch bis zum höchsten versicherbaren Alter) und der versicherten Gesamtleistung in eine Comfort-BUZ oder eine Comfort-BUZ Plus umtauschen. Ein Umtausch ist möglich bis zur Höhe der versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch bis zu einer jährlichen Rente von 12.000 Euro. Eine EUZ mit Dynamik kann auch in eine BUZ mit Dynamik umgetauscht werden. Der Beitrag wird dann nach dem BUZ-Tarif bzw. BUZ Plus-Tarif entsprechend der für Ihren angestrebten bzw. ausgeübten Beruf geltenden Berufsgruppe neu festgelegt. Dabei ist es sowohl möglich, dass sich der Beitrag erhöht oder auch ermäßigt. Beginnen Sie ein Studium oder eine Ausbildung in einem Beruf, für den wir die Comfort-BUZ bzw. Comfort BUZ Plus nicht bieten, ist ein Umtausch ausgeschlossen. Voraussetzung für den Umtausch ist außerdem, dass der Versicherte bei Stellung des Umtauschantrages nicht bereits erwerbs- oder berufsunfähig im Sinne der Versicherungsbedingungen ist.

§ 14 Welche Nachversicherungsgarantien bieten wir Ihnen?

(1) Sie haben das Recht, die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung mit der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer wie die ursprüngliche Versicherung (und zwar in ganzen Jahren) gemäß den nachfolgenden Voraussetzungen in den Abs. 1 bis 4 zu erhöhen.

a) Eine solche Erhöhung kann vorgenommen werden, bei folgenden, den Versicherten betreffenden Ereignissen:

- Volljährigkeit,
- erfolgreicher Abschluss eines Studiums oder einer Berufsausbildung (einschließlich Promotion und Meisterprüfung),
- Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit in einem Kammerberuf oder einem IHK-zertifizierten Ausbildungsberuf,
- erstmaliges Überschreiten der Jahres-Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Selbständigen und Handwerkern,
- Wegfall oder Reduzierung einer Berufsunfähigkeitsrente aus einem Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung,
- Erhöhung des Einkommens aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit von mindestens 10% des monatlichen Bruttoeinkommens im Durchschnitt der letzten 12 Monate,
- Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- Scheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt oder Adoption eines Kindes,
- Tod des Ehegatten oder Lebenspartners,
- Pflegebedürftigkeit des Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne von § 2 Abs. 5–7,
- Bau oder Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie.

Die Ereignisse sind uns nachzuweisen.

b) Unabhängig von den unter a) genannten Ereignissen können Sie alle 5 Jahre mit einer Frist von 2 Monaten zum jeweiligen Versicherungsstichtag eine Erhöhung beantragen. Die Erhöhung der jährlichen Erwerbsunfähigkeitsrente beträgt dabei maximal 3.000 Euro. Soweit ein Zuschlag oder ein Ausschluss zu Ihrem Vertrag vereinbart ist, kann die Erhöhung nicht erfolgen.

(2) Das Recht auf Nachversicherung können Sie ausüben, sofern

- der Versicherte dann nicht bereits erwerbsunfähig ist,
- im Falle des Abs.1 a) seit Eintritt des Ereignisses nicht mehr als 6 Monate vergangen sind,
- die Versicherung sich nicht in den letzten 15 Jahren ihrer Laufzeit befindet (spätestens jedoch bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres),
- jede einzelne Erhöhung der versicherten Jahresrente mindestens 300 Euro, aber nicht mehr als 50 % der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente beträgt,
- die Summe aller Erhöhungen der versicherten Jahresrente nicht mehr als 100 % der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente beträgt und die bei uns versicherte Gesamtjahresrente den Betrag von 30.000 Euro nicht übersteigt und
- nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf den Versicherten bei privaten Versicherern abgeschlossenen Erwerbs- und Berufsunfähigkeits-Versicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d. h. 50 % des letzten jährlichen Brutto-Arbeitseinkommens des Versicherten nicht übersteigt. Anstelle dieser 50 %-Regelung darf

die vorgenannte gesamte Jahresrente den Betrag von 15.000 Euro nicht übersteigen, wenn die Erhöhung aufgrund des erfolgreichen Abschlusses eines Studiums oder einer Berufsausbildung erfolgt.

(3) Für die Risikobeurteilung wird der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Abschlusses des ursprünglichen Vertrages zugrunde gelegt, aus dem die Nachversicherungsgarantie abgeleitet wird. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Erhöhungssumme; Beitragszuschläge berechnen sich nach dem erreichten Alter.

Eine planmäßige Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistung kann für die Nachversicherung nicht vereinbart werden.

(4) Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherung können für jedes Ereignis nur einmal beantragt werden.

§ 15 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

(1) Sie können beantragen, dass eine in Verbindung mit einer Kapital- oder Rentenversicherung abgeschlossene EUZ ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine neue Risikoversicherung mit EUZ nach den dann gültigen Tarifen umgetauscht wird. Während die Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente unverändert bleiben kann, darf die Versicherungssumme der Risikoversicherung nicht höher sein als die versicherte jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente. Wenn Sie dieses beantragen, bilden wir – sofern der Vertrag mindestens ein Jahr bestanden hat – aus dem in der Kapital- oder Rentenversicherung etwaig vorhandenen Deckungskapital eine beitragsfreie Versicherung oder zahlen den Rückkaufswert aus. Im Falle der Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von 12 Monaten die Kapital- oder Rentenversicherung einschließlich der EUZ wieder in Kraft setzen lassen, indem Sie dies beantragen und die rückständigen Beträge nebst Stundungszinsen nachzahlen. Die umgetauschte Risikoversicherung mit EUZ erlischt dann.

(2) Anstelle der Möglichkeit nach Abs. 1 können Sie beantragen, dass die Kapital- oder Rentenversicherung mit EUZ bestehen bleibt und – soweit in ausreichender Höhe vorhanden – Deckungskapital für die Dauer von längstens 2 Jahren mit den Beiträgen verrechnet wird. Die dadurch reduzierten garantierten Leistungen teilen wir Ihnen dann mit. Nach dem Verrechnungszeitraum wird der Vertrag beitragspflichtig weitergeführt.

(3) Alternativ haben Sie auch die Möglichkeit, eine Herabsetzung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung (Haupt- und Zusatzversicherung) zu beantragen. Dabei geben wir Ihnen die Garantie, dass Ihre Versicherung bis zu 12 Monate danach ohne Gesundheitsprüfung wiederhergestellt werden kann.

(4) Statt dessen können Sie auch einmal während der Vertragslaufzeit eine zinslose Stundung oder Teilstundung der Beiträge für die Haupt- und Zusatzversicherung für die Dauer von bis zu 6 Monaten bei Arbeitslosigkeit beantragen. Eine zinslose Stundung oder Teilstundung für die Dauer von bis zu 6 Monaten können Sie auch in dem Zeitraum beantragen, in dem Sie Elterngeld beziehen. Voraussetzung in beiden Fällen ist, dass die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt worden sind.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALL-ZUSATZVERSICHERUNG / UZ10

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen des Versicherten?

§ 5 Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod des Versicherten zu beachten?

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

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 1 Was ist versichert?

Unfall-Zusatzversicherung (Tarif UZ)

(1) Stirbt der Versicherte an den Folgen eines Unfalls, so zahlen wir die vereinbarte Unfall-Zusatzversicherungssumme, wenn der Tod während der Dauer der Zusatzversicherung und innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten ist.

(2) Bei der Partnersversicherung wird die Unfall-Zusatzversicherungssumme für jede versicherte Person gezahlt, für die die Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wenn die versicherten Personen gleichzeitig durch denselben Unfall versterben. Als gleichzeitig im Sinne dieser Bedingungen gilt auch, wenn die versicherten Personen innerhalb von 14 Tagen an den Folgen desselben Unfalls versterben und die sonstigen Voraussetzungen nach Abs.1 erfüllt sind.

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet.

(2) Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung des Versicherten an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

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

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, fallen jedoch zusätzlich zu den Ausschlüssen aus der Hauptversicherung nicht unter den Versicherungsschutz:

- a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- b) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht sind, oder durch innere Unruhen, wenn der Versicherte aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- d) Unfälle des Versicherten bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen; als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges; bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit.
- e) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen ein-

schließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

f) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diese Versicherung fallenden Unfall veranlasst waren.

i) Infektionen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt § 3 h Satz 2 entsprechend.

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

k) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

l) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn der Versicherte die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen des Versicherten?

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 % mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

§ 5 Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod des Versicherten zu beachten?

(1) Der Unfalltod des Versicherten ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen.

(2) Wir sind berechtigt, die Leiche auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Arzt besichtigen und öffnen zu lassen.

(3) Solange eine Mitwirkungspflicht nach Abs.1 oder 2 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

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

(1) Zur Feststellung unserer Leistungspflicht sind uns die erforderlichen Nachweise zu erbringen.

(2) Nach Prüfung der uns eingereichten und der von uns herangezogenen Unterlagen sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats gegenüber dem Anspruchshebenden zu erklären, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung ist nicht überschussberechtigt.

(2) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung. Bei einer Versicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht die Unfall-Zusatzversicherung auch dann fort, wenn die Hauptversicherung wegen Berufsunfähigkeit des Versicherten ganz oder teilweise beitragsfrei wird.

(3) Wird die Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, so vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung entsprechend.

(4) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Hauptversicherung erloschen oder auf die beitragsfreie Leistung beschränkt war, danach aber zusammen mit der Zusatzversicherung ganz oder teilweise wieder auflebt, können aus dem wieder in Kraft getretenen Teil keine Ansprüche aufgrund solcher Unfälle geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.

(5) Wenn Sie eine Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine beitragsfreie Leistung.

(6) Eine Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Sie erhalten in diesem Falle den festgelegten Rückkaufswert.

(7) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE HINTERBLIEBENENRENTEN-ZUSATZVERSICHERUNG / HRZ16

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 3 Wie werden Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 1 Was ist versichert?

Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (Tarife H1, H2, HB1, HB2)

(1) Die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung H1 ergänzt die als Hauptversicherung abgeschlossene Sofortrenten-Versicherung nach dem Tarif R1; die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung HB1 ergänzt die die als Hauptversicherung abgeschlossene Basisrente nach dem Tarif RB1. Die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung H2 ergänzt die als Hauptversicherung abgeschlossene Bausteinrente nach den Tarifen R4 oder KR4; die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung HB2 ergänzt die als Hauptversicherung abgeschlossene Basisrente nach den Tarifen RB4 oder KRB4. Versicherter im Sinne dieser Bedingungen ist derjenige, auf dessen Leben die Hauptversicherung abgeschlossen ist. Mitversicherter ist die Person, für die nach dem Tode des Versicherten die Hinterbliebenenrente gezahlt werden soll. Ist die Hauptversicherung eine Basisrente, ist versicherte Person der Versicherungsnehmer der Hauptversicherung und mitversicherte Person der Ehepartner bzw. der eingetragene Lebenspartner.

(2) Die Hinterbliebenenrente zahlen wir, wenn der Versicherte stirbt und der Mitversicherte zu diesem Zeitpunkt noch lebt, beim Tod des Versicherten nach Rentenbeginn jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Rentengarantiezeit. Sie wird gezahlt, solange der Mitversicherte lebt. Die Rente beträgt bis zu 100% (Tarif H1/HB1 für Haupttarife R1 und RB1 sowie H2/HB2 für Haupttarife R4 bzw. KR4 und RB4 bzw. KRB4 jeweils ohne Beitragsrückgewähr) bzw. bis zu 60% (R4 bzw. KR4 und RB4 bzw. KRB4 jeweils mit Beitragsrückgewähr) der Altersrente aus der Hauptversicherung.

(3) Die Hinterbliebenenrente zahlen wir zu den gleichen Terminen, die für die Zahlung der Altersrente aus der Hauptversicherung vereinbart waren, erstmals zu dem Termin, der auf den Tod des Versicherten folgt.

(4) Das Kapitalwahlrecht ist bei den Tarifen H1/HB1 für die Haupttarife R1 und RB1 für Hauptversicherung und Zusatzversicherung ausgeschlossen.

(5) Stirbt der Mitversicherte vor dem Versicherten, erlischt die Zusatzversicherung. Eine Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung entsteht in diesem Fall nicht. Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente erlischt mit dem Tod des Mitversicherten.

§ 2 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung aus anderen Gründen als durch den Tod des Versicherten endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung.

(2) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein ganz oder teilweise kündigen. In diesem Fall setzen wir die versicherte Rente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet wird (§ 165 Abs.2 VVG).

(3) Eine Fortführung der Versicherung unter teilweiser Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings nur möglich, wenn die beitragspflichtige jährliche Mindestrente von 300 Euro nicht unterschritten wird. Andernfalls wird die Versicherung insgesamt beitragsfrei gestellt.

(4) Wenn Sie die Hauptversicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, so wandelt sich auch die Zusatzversicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um. Das Verhältnis zwischen Alters- und Hinterbliebenenrente bleibt dabei unverändert. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ist für die Hauptversicherung eine planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen vereinbart, so gilt diese in gleichem Umfang und unter den gleichen Voraussetzungen auch für die Zusatzversicherung als vereinbart.

§ 3 Wie werden Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe R der Rentenversicherungen bzw. bei den Tarifen KR4 und KRB4 zur Bestandsgruppe GR der Kollektiv-Rentenversicherungen.

(2) Die Zusatzversicherung erhält die gleiche Überschussbeteiligung wie die jeweilige Hauptversicherung; dies gilt auch für die Bewertungsreserven.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DEN SPARPLAN / S15

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

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

§ 3 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten

§ 4 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 1 Was ist versichert?

Sparplan Flex (Tarif S1)

Der Sparplan Flex nach dem Tarif S1 ist ein modulares Sparprodukt mit Rentenoption, flexibler Beitragszahlung und flexiblem Auszahlungsbeginn. Zusätzlich zum ursprünglich bei Vertragsabschluss vereinbarten Beitrag (Grundbeitrag) können Zuzahlungen ab mindestens 200 Euro bis zu 20.000 Euro im Kalenderjahr geleistet werden, die zu einer entsprechenden Erhöhung der garantierten Leistungen führen. Für Zuzahlungen können die zum Einzahlungszeitpunkt für Neuabschlüsse geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt werden.

Leistungen

(1) In der Ansparphase erbringen wir folgende Leistung:

Todesfall-Leistung

a) Bei Tod der versicherten Person in der Ansparphase wird das Deckungskapital ausgezahlt.

Nach Beendigung der Ansparphase erbringen wir eine der folgenden Leistungen:

Rente

b) Erlebt die versicherte Person das Ende der Ansparphase, zahlen wir die garantierte Rente lebenslänglich monatlich an den vereinbarten Fälligkeitstagen. Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die garantierte Rente im Falle des Todes der versicherten Person mindestens für die vereinbarte Rentengarantiezeit. Wird die jährliche Mindestrente von 300 Euro zum Ende der Ansparphase nicht erreicht, wird das Garantiekapital (Deckungskapital zum Ende der Ansparphase) ausgezahlt; mit der Auszahlung des Garantiekapitals erlischt die Versicherung.

Kapitalauszahlung

c) Sie können sich anstelle der Rentenzahlung das Garantiekapital auszahlen lassen. Der Antrag auf Kapitalauszahlung muss mindestens 2 Monate vor dem Auszahlungstermin gestellt werden. Mit der Auszahlung des Garantiekapitals erlischt die Versicherung.

Vorzeitige Rente (Abrufphase)

d) Wenn die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat, beginnt die Abrufphase. In der Abrufphase, die bis zum Ende der Ansparphase dauert, können Sie die Rentenzahlung vorzeitig abrufen. Der vorzeitige Abruf führt zu einer längeren Rentenlaufzeit und einer entsprechenden Herabsetzung der garantierten Rente. Er ist nur möglich, wenn die jährliche Mindestrente von 300 Euro zum Abruftermin erreicht wird.

Hinterbliebenenschutz ab Rentenbeginn (Option)

e) Wenn in der Zeit bis zum Rentenzahlungsbeginn kein Hinterbliebenenschutz eingeschlossen ist, können Sie mit einer Frist von 3 Jahren bis zum Rentenbeginn wählen, ob im Falle des Todes der versicherten Person nach Rentenbeginn

- die versicherte Rente für die Dauer einer vereinbarten Rentengarantiezeit weitergezahlt werden soll oder
- der Hinterbliebenenschutz über eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung erfolgen soll.

Nach Ablauf dieser Frist ist der Einschluss einer Rentengarantiezeit oder einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung nur mit unserer Zustimmung – spätestens jedoch 2 Monate vor Rentenzahlungsbeginn – möglich.

Die Produktbeschreibung und sonstige Einzelheiten können den jeweiligen Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung entnommen werden. Dabei sind die für den Tarif H1 geltenden Vorschriften entsprechend anzuwenden.

Zusätzliche Leistungen aus Überschussbeteiligung

(2) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Einzelheiten dazu sind in § 4 geregelt.

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

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung nur in der Ansparphase kündigen.

(2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn das verbleibende Garantiekapital unter einen Mindestbetrag von 2.500 Euro sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.

(3) Bei Kündigung erhalten Sie – soweit bereits entstanden – den Rückkaufswert. Der Rückkaufswert erreicht mindestens einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebetrag, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages abhängt (vgl. die in der Verbraucherinformation und im Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der Rückkaufswerte).

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Beantragen Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, wird die versicherte Leistung auf ein beitragsfreies Garantiekapital herabgesetzt, das mindestens eine bei Vertragsabschluss vereinbarte Höhe erreicht (vgl. die im Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der beitragsfreien Leistungen). Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung des beitragsfreien Garantiekapitals zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Nach einer Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von 2 Jahren die Beitragszahlung zu den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen fortsetzen.

(5) Sie können auch eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen. Eine Fortführung der Versicherung unter teilweiser Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn das verbleibende Garantiekapital nicht unter einen Mindestbetrag von 2.500 Euro sinkt, andernfalls wird die Versicherung insgesamt beitragsfrei gestellt. Unter den gleichen Voraussetzungen wie bei der vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht (Abs. 4) können Sie auch bei der teilweisen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht die Beitragszahlung fortsetzen.

Abfindung der Rentengarantiezeit

(6) Soweit eine Rentengarantiezeit mitversichert ist, kann in der Rentenbezugsphase vom Bezugsberechtigten die volle oder einmalig die teilweise Kapitalabfin-

dung der Rentengarantiezeit, diskontiert mit dem Rechnungszins beantragt werden. Mit der Abfindung erlischt der Anspruch auf Rentenzahlung aus der Rentengarantiezeit, der Anspruch auf Rentenzahlung nach Ablauf der Rentengarantiezeit wird aber dadurch nicht beeinträchtigt.

§ 3 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

Voraussetzung für die Auszahlung von Versicherungsleistungen ist die Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Außerdem können wir vor jeder Renten- bzw. Kapitalzahlung ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt.

§ 4 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe R der Rentenversicherungen. Die Versicherungen erhalten eine Überschussbeteiligung nach mindestens einjähriger Dauer. Jahresgewinnanteile werden in der Ansparphase für jedes mit dem vollen tariflichen Beitrag belegte Versicherungsjahr nach dessen Ablauf gewährt; im Rentenbezug werden sie für jedes zu durchlaufende Jahr der Rentenzahlung zu dessen Beginn gewährt. Wird die Versicherung nach mindestens einjähriger Dauer vor Ablauf eines Versicherungsjahres beendet, erhält sie den zeitanteilig gekürzten Jahresgewinn.

(2) Die Jahresgewinnanteile bestehen aus einem Zinsgewinnanteil und bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zusätzlich aus einem Grundgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals der einzelnen Versicherung festgesetzt, der Grundgewinnanteil in Prozent des fälligen Beitrags. Zuzahlungen werden ab dem nächsten auf den Einzahlungstag folgenden Stichtag berücksichtigt.

(3) Die in der Ansparphase gutgeschriebenen Gewinnanteile sammeln wir für Sie in einem verzinslichen Guthaben an, das bei Kündigung oder Tod in der Ansparphase ausgezahlt wird. Das zum Rentenbeginn vorhandene Gewinn Guthaben wird nach den dann für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) in eine Rente mit gleichen Tarifmerkmalen umgewandelt, die wir ab diesem Zeitpunkt lebenslang monatlich in gleichbleibender Höhe auszahlen. Entscheiden Sie sich für die Kapitalauszahlung, wird das vorhandene Gewinn Guthaben ebenfalls ausgezahlt.

Soweit Bewertungsreserven vorhanden sind, wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren bei Vertragsbeendigung in der Ansparphase (durch Tod, Kündigung mit vollständiger Vertragsbeendigung oder Kapitalauszahlung) zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Bei Übergang in den Rentenbezug wird der für Ihren Vertrag ermittelte Anteil zur Hälfte zugeteilt und nach den gleichen Maßstäben wie das Gewinn Guthaben zur Erhöhung der garantierten Rente verwendet. Auch in der Zeit des Rentenbezugs sind Sie an den Bewertungsreserven beteiligt.

(4) Im Rentenbezug werden die Jahresgewinnanteile zur Finanzierung einer Gewinnrente in dynamischer oder flexibler Form verwendet. Bei der dynamischen Gewinnrente wird jeder Jahresüberschussanteil als Einmalbeitrag für eine zusätzliche lebenslange Rente verwendet, die ab dem Ausschüttungszeitpunkt garantiert ist. Bei der flexiblen Gewinnrente erhalten Sie ab Rentenbeginn eine erhöhte, nicht garantierte Rente, die bei unveränderter Festsetzung der laufenden Überschussbeteiligung und bei unveränderten sonstigen Verhältnissen Jahr für Jahr gleich bleibt. Ändert sich die laufende Überschussbeteiligung, dann kann auch die flexible Gewinnrente demzufolge fallen oder steigen. Die Form der Gewinnrente muss erst zu Rentenbeginn festgelegt werden.

(5) Bei Erlöschen des Vertrages in den letzten 5 Jahren vor dem Ende der Ansparphase kann zusätzlich noch ein Schlussbonus gewährt werden. Der Schlussbonus wird in Prozent des vorhandenen Gewinn Guthabens berechnet. Der Schlussbonus wird zum Rentenbeginn nach dann für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten) in eine lebenslang monatlich zahlbare Rente umgerechnet.

Besondere Bestimmungen für Kollektivversicherungen:

Die Überschrift in § 1 lautet „Kollektiv-Sparplan Flex (Tarif KS1)“. Abweichend von § 4 Absatz 1 gehört die Versicherung zur Bestandsgruppe GR der Kollektiv-Rentenversicherungen.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DEN VORLÄUFIGEN VERSICHERUNGSSCHUTZ IN DER RISIKOVERSICHERUNG / VV15

Inhalt

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Vorläufiger Versicherungsschutz besteht für den Tod der versicherten Person infolge eines Unfalls, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragte Versicherungssumme aus der Risikoversicherung als Hauptversicherung. Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir die beantragte Versicherungssumme. Wir zahlen jedoch höchstens 100.000 Euro, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag nicht von den von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- f) frühere Anträge der versicherten Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen (Mehrbeitrag oder Ausschluss-Klausel) zu Stande gekommen wären;
- g) frühere Verträge durch uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gekündigt wurden;
- h) wir bei früheren Verträgen keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr vollständig ausgefüllter Antrag bei uns eingeht.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- a) zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrags vergangen sind;
- b) der Versicherungsschutz aus der beantragten Hauptversicherung begonnen hat;
- c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

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

- d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;
- e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
- f) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben;
- g) wir Ihren Antrag abgelehnt oder zurückgestellt haben;
- h) Sie den Vertrag über die Hauptversicherung oder einen weiteren Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer schließen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer haben Sie uns unverzüglich zu informieren.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht entfällt

- a) bei Unfällen, für die Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen mitursächlich waren, nach denen im Antrag gefragt wurde und von denen die versicherte Person bei Unterzeichnung Kenntnis hatte; dies gilt auch, wenn diese im Antrag angegeben wurden,
- b) bei Unfällen der versicherten Person in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, soweit die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- c) bei Unfällen der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden,
- d) bei Unfällen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Versicherungsschutz fallendes Unfallereignis verursacht waren,
- e) bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht,
- f) bei Unfällen des Versicherten bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen; als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges; bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,

g) bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt,

h) bei Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind,

i) bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Versicherungsschutz fallenden Unfallereignisses handelt,

j) bei Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Versicherungsschutz fallenden Unfall veranlasst waren,

k) bei Infektionen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Versicherungsschutz fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt § 4 j Satz 2 entsprechend,

l) bei Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Versicherungsschutz fallenden Unfallereignisses handelt,

m) bei Unfällen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind,

n) bei Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn der Versicherte die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter diesen Versicherungsschutz fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen gesonderten Beitrag.

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

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

SONDER-BESTIMMUNGEN BETRIEBLICHE ALTERSVERSORGUNG / BAV16

Es gelten grundsätzlich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (ALB) und die jeweiligen Besonderen Versicherungsbedingungen. Für Versicherungsverträge, die auf Beiträgen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung beruhen, gelten die nachfolgend aufgeführten abweichenden bzw. ergänzenden Regelungen.

Standmitteilung

Wird die betriebliche Altersversorgung durch Entgeltverzicht des Arbeitnehmers finanziert, erhält ausschließlich der versorgungsberechtigte Arbeitnehmer die jährliche Standmitteilung, die über den aktuellen Stand der Versorgung informiert.

Sonder-Bestimmungen zur betrieblichen Direktversicherung

Hinterbliebenenleistung

Hinterbliebenenleistungen können grundsätzlich nur an Personen gezahlt werden, die den steuerrechtlichen Hinterbliebenenbegriff erfüllen. Nach den Vorgaben der Finanzverwaltung handelt es sich dabei um den Ehegatten, den früheren Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Lebensgefährten bei schriftlicher Bestätigung des Bestehens einer gemeinsamen Haushaltsführung, Kinder im Sinne des EStG.

Im Todesfall der versicherten Person innerhalb der Aufschubzeit bzw. einer vereinbarten Rentengarantiezeit wird die Versicherungsleistung als Rente an die o.g. versorgungsberechtigten Hinterbliebenen gezahlt.

Statt dessen kann auch eine einmalige Kapitalabfindung gewählt werden.

Sind keine versorgungsberechtigten Hinterbliebenen der versicherten Person im steuerrechtlichen Sinn vorhanden, kann aus der versicherten Todesfallleistung ein Sterbegeld gezahlt werden. Dieses Sterbegeld ist begrenzt auf die zum Zahlungszeitpunkt steuerlich anerkannte Höhe (derzeit 8.000 Euro).

Kapitalwahlrecht und Kapitalabfindung

Das Kapitalwahlrecht kann innerhalb des letzten Jahres vor dem Rentenbeginn ausgeübt werden. Die Kapitalabfindung der Rentengarantiezeit ist jedoch ausgeschlossen.

Abtretung, Verpfändung oder Beleihung

Die Abtretung, Verpfändung oder Beleihung des unwiderrufflichen Bezugsrechts ist ausgeschlossen. Soweit die Beiträge auf Entgeltumwandlung beruhen, ist auch die Abtretung, Beleihung oder Verpfändung durch den Versicherungsnehmer ausgeschlossen.

Zuzahlungen

Zuzahlungen können bis zu einer Höhe von 20.000 Euro im Kalenderjahr geleistet werden.

Kündigung

Bei einer aufgeschobenen Rentenversicherung wird innerhalb der bedingungsgemäßen Abrufphase der volle Rückkaufswert ausgezahlt, wenn ein vorzeitiger, nicht krankheitsbedingter Betriebsaustritt vorliegt und die versicherte Person die volle Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht.

Vorzeitige Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Sind zum Zeitpunkt des Ausscheidens die gesetzlichen Fristen für die Unverfallbarkeit erfüllt oder besteht ein unwiderruffliches Bezugsrecht, so geht die Versicherungsnehmer-Eigenschaft auf den versicherten Arbeitnehmer über. Der Wechsel des Versicherungsnehmers wird erst mit der Anzeige des Firmenaustritts durch den Arbeitgeber gegenüber der Hannoverschen Leben wirksam.

Sind zum Zeitpunkt des Ausscheidens die gesetzlichen Fristen für die Unverfallbarkeit erfüllt, gilt: Der Versicherungsnehmer beschränkt die Ansprüche des ausgeschiedenen Arbeitnehmers auf die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag, sofern dies gemäß Betriebsrentengesetz möglich ist.

Sind die Voraussetzungen für die Abfindung der unverfallbaren Anwartschaft nach Betriebsrentengesetz erfüllt, wird davon Gebrauch gemacht durch Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft auf den versicherten Arbeitnehmer.

Sonder-Bestimmungen zur rückgedeckten Unterstützungskasse

Hinterbliebenenleistung

Stirbt die versicherte Person vor Rentenbeginn, kann anstelle einer vereinbarten Rentenzahlung eine einmalige Kapitalabfindung gewählt werden. Sind keine versorgungsberechtigten Hinterbliebenen der versicherten Person im steuerrechtlichen Sinn vorhanden, kann ein Sterbegeld gezahlt werden. Dieses Sterbegeld ist begrenzt auf die zum Zahlungszeitpunkt steuerlich anerkannte Höhe (derzeit 7.669 Euro). Übersteigt die Hinterbliebenenleistung das Sterbegeld, ist die Unterstützungskasse überdotiert. In diesem Fall wird das überdotierte Vermögen an das Trägerunternehmen des verstorbenen Versorgungsberechtigten rückübertragen.

Kapitalwahlrecht

Das Kapitalwahlrecht kann innerhalb des letzten Jahres vor dem Rentenbeginn ausgeübt werden, soweit der Leistungsplan zwischen dem Trägerunternehmen des Versorgungsberechtigten und der Unterstützungskasse das Kapitalwahlrecht zulässt.

Abtretung, Verpfändung oder Beleihung

Die Abtretung, Verpfändung oder Beleihung der Rückdeckungsversicherung zur Unterstützungskassen-Zusage ist ausgeschlossen.

Zuzahlungsverbot

Zuzahlungen können nicht geleistet werden.

Nachversicherungsgarantie

Eine Nachversicherungsgarantie besteht nicht.

Kündigung

Bei einer zur Rückdeckung abgeschlossenen aufgeschobenen Rentenversicherung wird der volle Rückkaufswert zur Beitragsverrechnung verwendet oder ausgezahlt, wenn ein vorzeitiger, nicht krankheitsbedingter Betriebsaustritt vorliegt und ein verfallbarer Anspruch besteht oder ein unverfallbarer Anspruch abgefunden wird.

Gewinnverwendung

Werden die anfallenden Gewinne verzinslich angesammelt, wird das hieraus entstehende Guthaben unwiderrufflich zur Erhöhung der garantierten Leistungen verwendet.

Sonder-Bestimmungen zur Rückdeckungsversicherung

Kündigung

Bei einer zur Rückdeckung abgeschlossenen aufgeschobenen Rentenversicherung wird der volle Rückkaufswert ausgezahlt, wenn ein vorzeitiger, nicht krankheitsbedingter Betriebsaustritt vorliegt und ein verfallbarer Anspruch besteht oder ein unverfallbarer Anspruch abgefunden wird.

Zuzahlungen

Zuzahlungen können bis zu einer Höhe von 20.000 Euro im Kalenderjahr geleistet werden.

Allgemeine Informationen

Die mit dem Altersversorgungssystem verbundenen Risiken entsprechen denen der zugrunde liegenden Lebensversicherungen. Ein strenges Aufsichtsrecht und ein gesetzlicher Sicherungsfonds sichern Ihre Versorgung.

Ethische, soziale und ökologische Belange werden bei der Verwendung der eingezahlten Beiträge nicht in besonderem Maße berücksichtigt. Sofern sich diese Angaben ändern, werden wir Sie informieren.

Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung sind beitragspflichtig in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Leistungen aus einer Direktversicherung, die aus Beitragszahlungen nach dem Ausscheiden entstanden sind, unterliegen nicht der Beitragspflicht, sofern die Versicherungsnehmer-Eigenschaft auf den Arbeitnehmer übertragen wurde.

Inhalt

- I. Private Lebensversicherungen
- II. Direktversicherungen
- III. Rückdeckungsversicherungen

Beiträge zu und Leistungen aus Lebensversicherungen werden schon seit einem runden Jahrhundert steuerlich besonders behandelt. Durch das Alterseinkünftegesetz ist mit Wirkung vom 1.1.2005 die Besteuerung im Rahmen der Einkommensteuer grundlegend neu geregelt worden.

Für die bevorzugte steuerliche Behandlung von Leistungen aus Lebensversicherungen gilt allgemein:

a) Versicherungsteuer

Beiträge zu Lebensversicherungen sind von der Versicherungsteuer befreit. (§ 4 Nr. 5 VersStG).

b) Einkommensteuer

Für Erträge aus Lebensversicherungsverträgen lassen sich die Sparerpauschbeträge von 801 Euro für Alleinstehende bzw. von 1.602 Euro für zusammenveranlagte Ehepaare nutzen.

c) Erbschaft- und Schenkungsteuer

Zu versteuern sind Versicherungsleistungen, wenn sie – bei „Erwerb von Todes wegen“ zusammen mit dem übrigen Erbe – folgende Freibeträge des § 16 ErbStG übersteigen:

500.000 Euro für Ehegatten/Lebenspartner und 400.000 Euro für Kinder (Steuerklasse I), für weiter entfernte Verwandte gelten geringere Freibeträge.

Außerdem stehen Ehegatten/Lebenspartner und Kindern bei „Erwerb von Todes wegen“ besondere Freibeträge zu. Unter Ehegatten/Lebenspartnern beträgt dieser 256.000 Euro. Er wird allerdings um den Kapitalwert erbschaftsteuerfreier Versorgungsbezüge (z. B. Witwen- oder Witwerrente) gekürzt. Der Versorgungsfreibetrag für Kinder (bis 27 Jahre) ist altersabhängig und reicht von 10.300 Euro bis 52.000 Euro.

I. Private Lebensversicherungen

1) Risikoversicherungen nach unseren T-Tarifen

a) Einkommensteuer

Die Beiträge zu Risikoversicherungen sind neben anderen Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abzugsfähig. Der für solche Aufwendungen maßgebliche Höchstbetrag beträgt 2.800 Euro je Steuerpflichtigen, sofern er Aufwendungen zu einer Krankenversicherung in vollem Umfang allein tragen muss. Andernfalls reduziert sich der Höchstbetrag auf 1.900 Euro (insbesondere für in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte, in der Familienversicherung Mitversicherte, Beamte, privat Versicherte, denen der Arbeitgeber einen steuerfreien Zuschuss zahlt).

Versicherungsleistungen sind stets einkommensteuerfrei.

b) Erbschaft- und Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen unterliegen der Erbschaft- und Schenkungsteuer, 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.

IV. Meldepflichten

V. Verfahren zur Kirchen-Abgeltungsteuer

VI. WICHTIGER HINWEIS FÜR DIE ANTRAGSTELLUNG!

2) Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall nach unseren L-Tarifen

a) Einkommensteuer

Die Beiträge zu Kapitalversicherungen können nicht als Sonderausgaben abgezogen werden.

Die Erträge aus Kapitalversicherungen (Differenz zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der gezahlten Beiträge ohne Zusatzbeiträge) sind grundsätzlich bei Kapitalzahlungen im Erlebensfall oder bei Rückkauf in vollem Umfang steuerpflichtig. Erfolgt die Auszahlung nach Vollendung des 62. Lebensjahres und nach einer Vertragslaufzeit von 12 Jahren und enthält der Vertrag einen Mindesttodesfallschutz, unterliegen die Erträge nur zu 50 % der Besteuerung. Die Besteuerung erfolgt im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung unter Anwendung des persönlichen Einkommensteuersatzes. Das Versicherungsunternehmen hat stets eine Kapitalertragsteuer in Höhe von 25 % des Ertrags einzubehalten. Die Kapitalertragsteuer hat abgeltende Wirkung (daher „Abgeltungsteuer“). Sind nur 50 % der Erträge steuerpflichtig, erfolgt eine Erstattung durch das Finanzamt über die Einkommensteuerveranlagung. Bei einem persönlichen Steuersatz von weniger als 25 % können auf Antrag beim Finanzamt die Kapitaleinkünfte mit dem persönlichen Steuersatz versteuert werden. Im Falle der Kirchensteuerpflicht kann der Abzug der Kirchensteuer auf die Kapitalertragsteuer beim Finanzamt oder bei uns beantragt werden.

b) Erbschaft- und Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen unterliegen der Erbschaft- und Schenkungsteuer, 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.

3) Rentenversicherungen nach unseren R-Tarifen und Fonds-Renten nach unseren FR-Tarifen

a) Einkommensteuer

Die Beiträge zu Rentenversicherungen können nicht als Sonderausgaben abgezogen werden.

Gezahlte Renten unterliegen als sonstige Einkünfte nur mit dem Ertragsanteil (§ 22 EStG) der Einkommensteuer. Abgekürzte Sofortrenten werden wie Kapitalversicherungen behandelt.

Bei Kapitalzahlungen im Erlebensfall (z. B. bei Ausübung eines Kapitalwahlrechts) oder bei Rückkauf sind die Erträge aus Rentenversicherungen (Differenz zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der gezahlten Beiträge ohne Zusatzbeiträge) grundsätzlich in vollem Umfang steuerpflichtig. Erfolgt die Auszahlung nach Vollendung des 62. Lebensjahres und nach einer Vertragslaufzeit von 12 Jahren, unterliegen die Erträge nur zu 50 % der Besteuerung; für Erträge aus geleisteten Zuzahlungen müssen diese Voraussetzungen auch für die restliche Vertragslaufzeit erfüllt sein. Die Besteuerung erfolgt im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung unter Anwendung des persönlichen Einkommensteuersatzes. Das Versicherungsunternehmen hat stets eine Kapitalertragsteuer in Höhe von 25 % des Ertrags einzubehalten. Die Kapitalertragsteuer hat abgeltende Wirkung

(daher „Abgeltungsteuer“). Sind nur 50 % der Erträge steuerpflichtig, erfolgt eine Erstattung durch das Finanzamt über die Einkommensteuerveranlagung. Bei einem persönlichen Steuersatz von weniger als 25 % können auf Antrag beim Finanzamt die Kapitaleinkünfte mit dem persönlichen Steuersatz versteuert werden. Im Falle der Kirchensteuerpflicht kann der Abzug der Kirchensteuer auf die Kapitalertragssteuer beim Finanzamt oder bei uns beantragt werden.

Kapitalzahlungen im Todesfall während der Aufschubzeit (z. B. Beitragsrückgewähr) sind stets einkommensteuerfrei.

b) Erbschaft- und Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen unterliegen der Erbschaft- und Schenkungsteuer, 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.

4) Basisrenten nach unseren RB-Tarifen

a) Einkommensteuer

Die Beiträge zum Aufbau einer eigenen kapitalgedeckten Altersversorgung (Basisrente) können zusammen mit anderen Vorsorgeaufwendungen (z. B. für die gesetzliche Rente) bis zu einem Höchstbetrag, der an den Höchstbeitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung (West) gekoppelt ist (im Jahre 2015 22.172 Euro), im Fall der Zusammenveranlagung auf den doppelten Höchstbetrag (im Jahre 2015 44.344 Euro) als Sonderausgaben abgezogen werden. Im Jahr 2016 sind zunächst 82 % der tatsächlichen Aufwendungen bzw. des Höchstbetrages abzugsfähig. Der Prozent-Satz steigert sich dann bis zum Jahr 2025 um jährlich 2 % auf 100 %. Bei Beamten und Gesellschafter-Geschäftsführern ist der Höchstbetrag um einen fiktiven Gesamtbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung zu kürzen. Der steuerlich abzugsfähige Betrag ist bei rentenversicherungspflichtigen Arbeitnehmern um den steuerfreien Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Rentenversicherung zu kürzen.

Die Begünstigung setzt eine Zertifizierung durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht voraus, die für unsere Produkte erteilt worden ist, sowie Ihre Einwilligung in die Übermittlung von Vertragsdaten an die Finanzbehörden.

Die Leistungen aus Basisrenten werden wie die gesetzliche Rente ausschließlich nachgelagert mit dem Rentenbezug besteuert. Eine Aufteilung nach steuerfreien und versteuerten Beiträgen erfolgt grundsätzlich nicht. Bei Renteneintritt im Jahr 2016 beträgt der steuerpflichtige Anteil der Rente 72 % des ausgezahlten Betrages. Der steuerpflichtige Anteil der Rente wird dann jährlich für jeden neu hinzukommenden Rentenjahrgang bis zum Jahr 2020 um zwei Prozentpunkte erhöht, danach um einen Prozentpunkt. Ab einem Renteneintritt im Jahre 2040 ist die Basisrente in voller Höhe steuerpflichtig. Der Unterschiedsbetrag zwischen dem Jahresbetrag und dem der Besteuerung unterliegenden Anteil der Rente ist der steuerfreie Anteil, der für jeden Rentnerjahrgang auf Dauer festgeschrieben wird, wenn die Rente für ein Kalenderjahr bezogen worden ist. Eine Neuberechnung des steuerfreien Anteils erfolgt bei außerordentlichen Änderungen in der Rentenhöhe (z. B. Wechsel von Teil- zu Vollrenten) sowie in Fällen, in denen eine neue Rente einer bisherigen Rente nachfolgt (z. B. Wechsel von Alters- zur Hinterbliebenenrente).

Im Rahmen der sogenannten Günstigerprüfung (§ 10 Abs. 4a EStG) ist vom Finanzamt bis zum Jahr 2019 zur Vermeidung einer Schlechterstellung des Steuerpflichtigen im Falle, dass dies für ihn günstiger ist, die bis 2004 geltende Regelung zum Sonderausgabenabzug weiter anzuwenden.

b) Erbschaft- und Schenkungsteuer

Hier gilt die gleiche Regelung wie bei Rentenversicherungen.

5) Altersvorsorgeverträge nach unseren AV-Tarifen

Nur Altersvorsorgeverträge im Sinne des AltZertG werden nach Maßgabe der §§ 10a und 79 ff. EStG ab dem Jahr 2002 steuerlich begünstigt. Die Begünstigung setzt eine Zertifizierung durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht voraus, die für unsere Produkte erteilt worden ist, sowie Ihre Einwilligung in die Übermittlung von Vertragsdaten an die Finanzbehörden. Wird die Förderung für Altersvorsorgeverträge nicht genutzt, gelten die allgemeinen steuerlichen Regelungen für Rentenversicherungen.

Die besondere steuerliche Förderung können Pflichtversicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Arbeitnehmer, Auszubildende oder Wehr- und Zivildienstleistende) oder in der gesetzlichen Alterssicherung der Landwirte, Beamte, Angestellte im öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Zusatzversorgung sowie Bezieher von Erwerbsminderungsrente und Dienstunfähigkeitsversorgung erhalten (so genannte Begünstigte). Ausgeschlossen sind derzeit insbesondere Selbstständige. Nicht rentenversicherungspflichtige Ehegatten sind nur dann begünstigt, wenn sie mit einem Förderbegünstigten verheiratet sind. Die Regelungen für Ehegatten gelten entsprechend für eingetragene Lebenspartner.

a) Einkommensteuer

Für Ihren Vertrag wird jährlich – in Abhängigkeit von den individuell gezahlten Altersvorsorgebeiträgen und sofern die persönlichen Voraussetzungen gegeben sind – auf Antrag von der zentralen Stelle bei der gesetzlichen Rentenversicherung eine Zulage auf den Altersvorsorgevertrag des Zulageberechtigten geleistet. Diese Zulage setzt sich aus einer Grundzulage und ggf. aus einer Kinderzulage (je Kind für das Kindergeld gezahlt wird) wie folgt zusammen: Grundzulage 154 Euro/Kinderzulage je Kind 185 Euro. Für ein nach dem 31. Dezember 2007 geborenes Kind erhöht sich die Kinderzulage auf 300 Euro. Für Zulageberechtigte, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhöht sich die Grundzulage um einmalig 200 Euro. Die volle Grund- und Kinderzulage wird gewährt, wenn im jeweiligen Kalenderjahr ein Mindestbeitrag in Höhe von 4 % (höchstens 2.100 Euro) des Vorjahreseinkommens (rentenversicherungspflichtigen Arbeitslohns des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres) abzüglich der vorgenannten in Betracht kommenden Zulagen geleistet wird. Für Landwirte ist das Einkommen des Vorjahres maßgeblich. Der Mindesteigenbeitrag muss zudem mindestens einen so genannten Sockelbeitrag von 60 Euro erreichen.

Wird der Mindesteigenbeitrag nicht erreicht, wird die Zulage im entsprechenden Verhältnis gekürzt, also nur anteilig gewährt. Nicht selbst pflichtversicherte Ehegatten, bei denen der Ehepartner zum begünstigten Personenkreis gehört, erhalten eine Zulage auf den eigenen Altersvorsorgevertrag, wenn sie einen Mindestbeitrag von jährlich 60 Euro leisten und der berechtigte Ehepartner seinen Mindesteigenbeitrag unter Berücksichtigung der den Ehegatten insgesamt zustehenden Zulagen erbringt. Die Beiträge für die zusätzliche private Altersvorsorge können bei der Einkommensteuerveranlagung im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Höchstbeträge als Sonderausgaben nach § 10a EStG geltend gemacht werden. Es spielt hierbei keine Rolle, ob eine Zulagenförderung in Anspruch genommen worden ist. Zu den begünstigten Aufwendungen gehören innerhalb der Höchstgrenzen des § 10a EStG Abs. 1 EStG nicht nur die vom Steuerpflichtigen selbst geleisteten Altersvorsorgebeiträge, sondern auch der ihm zustehende Zulagenanspruch. Das zuständige Finanzamt prüft, ob der Sonderausgabenabzug für den Zulageberechtigten im Vergleich zur Zulagenförderung günstiger ist. Übersteigt die aus dem Sonderausgabenabzug sich ergebende Steuerersparnis den Anspruch auf Zulage, wird der Differenzbetrag zur Zulage dem Begünstigten mit der Veranlagung zur Einkommensteuer erstattet. Der jährliche Höchstbetrag für den Sonderausgabenabzug beträgt 2.100 Euro. Der Sonderausgabenabzug steht bei Ehegatten, die unbeschränkt einkommensteuerpflichtig sind und nicht dauernd getrennt leben,

jedem begünstigten Ehegatten gesondert zu. Gehört ein Ehegatte nicht zum begünstigten Personenkreis, so kann dieser nicht den zusätzlichen Sonderausgabenabzug in Anspruch nehmen.

Eine Zulage wird bei unmittelbar Begünstigten nur für höchstens zwei Altersvorsorgeverträge gewährt. Bei mittelbar Begünstigten kann die Zulage nicht auf mehrere Verträge aufgeteilt werden.

Wird das angesparte Altersvorsorgevermögen nicht als lebenslange Rente ausgezahlt, liegt eine sogenannte schädliche Verwendung vor (§ 93 Abs. 1 EStG). Eine schädliche Verwendung ist insbesondere gegeben,

- (a) wenn es aufgrund einer Vertragskündigung zu einer Auszahlung des angesammelten Kapitals kommt,
- (b) das Kapital im Todesfall ausgezahlt wird oder
- (c) die unbeschränkte Steuerpflicht des Zulageberechtigten bspw. durch Wegzug ins Ausland endet.

Die schädliche Verwendung führt regelmäßig zu einer Rückzahlungsverpflichtung der steuerlichen Förderung. Entsprechend muss die zentrale Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) über die schädliche Verwendung vom Altersvorsorgevertragsanbieter informiert werden. Die zentrale Stelle ermittelt den Rückzahlungsbetrag, der sich aus den Zulagen und den Sonderausgabenabzugsvorteilen des entsprechenden Altersvorsorgevertrages zusammensetzt. Der Rückzahlungsbetrag wird nicht an den Zulageberechtigten ausgekehrt, sondern direkt an die zentrale Stelle. Zu beachten ist, dass die steuerliche Förderung nicht zurückzahlen ist, wenn ein unmittelbarer Wechsel in einen anderen begünstigten Altersvorsorgevertrag erfolgt. Unschädlich ist es auch, wenn nach dem Tod des Zulageberechtigten das angesammelte Kapital (auch das Deckungskapital für eine Rentengarantiezeit) bei Ehegattenveranlagung (§ 26 Abs.1 EStG) auf einen zertifizierten Altersvorsorgevertrag des überlebenden Ehegatten übertragen wird oder aber Hinterbliebenenrenten an Hinterbliebene (den Ehegatten und die im Haushalt lebenden Kinder, für die Kindergeld oder ein Kinderfreibetrag gewährt wird) ausgezahlt werden. Bei einer Wohnsitzverlegung ins Ausland (oder einem gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland) besteht die Möglichkeit, die Rückzahlung bis zur Auszahlung der Vorsorgeleistung zu stunden. Bei Erhalt der Leistung sind dann 15 % des monatlichen Versorgungsbetrages zur Tilgung des gestundeten Rückzahlungsbetrages zu zahlen. Bei einer schädlichen Verwendung ist zudem zu beachten, dass die aus einem Altersvorsorgevertrag ausgezahlten Beiträge nach Abzug der Eigenbeiträge und Zulagen (also die Erträge und Wertsteigerungen) einkommenssteuerpflichtig sind (nachgelagerte Besteuerung gemäß § 22 Nr. 5 S. 3 EStG).

Der Altersvorsorgevertrag kann nach § 92a EStG ganz oder teilweise (wenn ein geförderttes Restkapital von mindestens 3.000 Euro verbleibt) als Kapitalquelle für selbstgenutztes Wohn-Eigentum verwendet werden. Es kann ein Betrag zum Immobilienerwerb (Mindestentnahme 3.000 Euro), zur Entschuldung einer Wohnung (Mindestentnahme 3.000 Euro), zum Erwerb von Anteilen an einer Wohnungsbaugenossenschaft (Mindestentnahme 3.000 Euro) oder zum barrierefreien Umbau einer Wohnung (Mindestentnahme 6.000 bzw. 20.000 Euro) entnommen werden. Eine Rückzahlung des Entnahmebetrages ist nicht nötig.

Leistungen aus dem Altersvorsorgevertrag werden in der Auszahlungsphase gemäß § 22 Nr. 5 EStG voll mit dem persönlichen Steuersatz versteuert (nachgelagerte Besteuerung). Leistungen aus Beiträgen, die in der Beitragsphase nicht steuerlich gefördert wurden, unterliegen nur in Höhe des Ertragsanteils der Besteuerung gemäß § 22 Nr. 5 EStG. Mit dem Ertragsanteil sind z. B. Beitragsteile zu versteuern, die über die steuerlich geförderten Höchstbeträge hinaus in einen Altersvorsorgevertrag eingezahlt worden sind. Bei der Besteuerung des Ertragsanteils wird ein bestimmter Prozentsatz der aus den un versteuerten Beitragsteilen fließenden Rente als steuerpflichtige Einnahme angesetzt.

Bei Nutzung für Wohn-Eigentum hat der Förderberechtigte auch nach Beginn der Auszahlungsphase ein Wahlrecht zwischen der jährlich nachgelagerten Besteuerung und einer Einmalbesteuerung des gesamten in der Immobilie gebundenen geförderten Kapitals.

b) Erbschaft- und Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen unterliegen der Erbschaft- und Schenkungsteuer, 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.

6) Zusatzversicherungen

(Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung BZ/BR, Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung ER, Unfall-Zusatzversicherung UZ, Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung HRZ)

a) Einkommensteuer

Die Beiträge für eine BUZ oder EUZ sind – soweit die Hauptversicherung keine Basisrente ist – neben anderen Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abzugsfähig. Der für solche Aufwendungen maßgebliche Höchstbetrag beträgt 2.800 Euro je Steuerpflichtigen, sofern er Aufwendungen zu einer Krankenversicherung in vollem Umfang allein tragen muss. Andernfalls reduziert sich der Höchstbetrag auf 1.900 Euro (insbesondere für in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte, in der Familienversicherung Mitversicherte, Beamte, privat Versicherte, denen der Arbeitgeber einen steuerfreien Zuschuss zahlt).

Die Beiträge für eine BUZ, EUZ oder HRZ zu einer Basisrente können wie Beiträge zur Hauptversicherung als Sonderausgaben abgezogen werden, wenn mehr als 50 % der Beiträge auf die eigene Altersversorgung des Steuerpflichtigen entfallen und wenn lediglich Rentenzahlungen vereinbart sind.

Die Versicherungsleistungen aus der UZ sind einkommensteuerfrei.

In der BUZ beim Tarif BR sowie in der EUZ beim Tarif ER ist die Rente als zeitlich begrenzte Leibrente mit ihrem Ertragsanteil (§ 55 EStDV) zu versteuern. Hinterbliebenenrenten aus der HRZ unterliegen mit dem Ertragsanteil für Leibrenten (§ 22 EStG) der Einkommensteuer.

b) Erbschaft- und Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen unterliegen der Erbschaft- und Schenkungsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechtes oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

II. Direktversicherungen

a) Einkommensteuer

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. Für beliebige Direktversicherungen können Sonderregelungen gelten (s. § 4b EStG). 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.

Die Beiträge zu Direktversicherungen in Form von Rentenversicherungen (ggf. mit Kapitalwahlrecht) sind bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von 4 % der Beitragsbemessungsgrenze zuzüglich 1.800 Euro steuerfrei.

Ein Anspruch gegen den Arbeitgeber auf Abschluss einer Direktversicherung durch Entgeltumwandlung besteht nur in Höhe von maximal 4 % der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten.

Leistungen aus Direktversicherungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen, soweit sie dem Arbeitgeber zustehen.

Die Leistungen aus der Direktversicherung werden (auch bei Ausübung des Kapitalwahlrechts) in vollem Umfang nachgelagert (§ 22 Nr.5 EStG) besteuert.

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 Hinterbliebenen-Leistungen eine Erbschaftsteuerschuld tatsächlich ergibt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

III. Rückdeckungsversicherungen

Rückdeckungsversicherungen auf das Leben des Arbeitnehmers dienen der Rückdeckung einer für ihn erteilten Pensionszusage. Der Arbeitgeber ist als Versicherungsnehmer bezugsberechtigt für die Versicherungsleistung und zahlt die Beiträge.

Beiträge zu Rückdeckungsversicherungen sind beim Arbeitgeber als Betriebsausgaben abzugsfähig. Das Guthaben aus der Rückdeckungsversicherung gehört zum Betriebsvermögen und ist von daher am Bilanzstichtag zu aktivieren.

Eine Verpfändung der Ansprüche an den versicherten Arbeitnehmer ist steuerlich unschädlich.

Weder die Beitragszahlung durch den Arbeitgeber noch die Erteilung einer Pensionszusage führen beim Arbeitnehmer zum Zufluss von Arbeitslohn. Erst die späteren Versorgungsleistungen aus der Pensionszusage sind als Arbeitslohn zu versteuern. Auch die unentgeltliche Übertragung der Ansprüche aus der Rückdeckungsversicherung auf den Arbeitnehmer und die Umwandlung in eine Direktversicherung führen zum Zufluss von Arbeitslohn, der dem Deckungskapital der Versicherung zzgl. Überschussbeteiligung entspricht.

IV. Meldepflichten

Gesetzliche Vorschriften erfordern Meldungen unsererseits u. a. bei

- Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer (Auszahlungen aus Kapitalversicherungen ab 5.000 Euro Zahlung sowie Renten)
- Vorauszahlungen von insgesamt mehr als 25.565 Euro
- Auszahlung durch Lebensversicherungen getigelter Darlehen von insgesamt mehr als 25.565 Euro

- Übertragungen der Versicherungsnehmereigenschaft (nicht bei Direktversicherungen)
- Abtretungen an ausländische Kreditinstitute
- Beitragsdepots für die bis zum Todestag errechneten Zinsen
- Bezug von Rentenzahlungen
- Beitragszahlungen zu Basisrenten und Riesterrenten
- Steuerpflicht im Ausland

V. Verfahren zur Kirchen-Abgeltungsteuer

Kirchensteuer auf abgeltend besteuerte Kapitalerträge wird ab dem 1.1.2015 automatisch einbehalten und an die steuererhebenden Religionsgemeinschaften abgeführt. Zur Vorbereitung des automatischen Steuerabzugs sind wir gesetzlich verpflichtet, bei einer bevorstehenden Auszahlung aus dem Vertrag beim Bundeszentralamt für Steuern die Religionszugehörigkeit der Kunden abzufragen (sog. Anlassabfrage).

Sofern die Kirchensteuer nicht automatisch abgeführt, sondern von dem für Sie zuständigen Finanzamt erhoben werden soll, können Sie einer Übermittlung Ihrer Religionszugehörigkeit widersprechen. Dafür steht ein amtlich vorgeschriebener Vordruck unter www.formulare-bfinv.de unter dem Stichwort „Kirchensteuer“ bereit. Diese Sperrvermerkserklärung müssen Sie ausgefüllt und unterschrieben rechtzeitig (spätestens zwei Monate vor unserer Anlassabfrage) beim Bundeszentralamt für Steuern einreichen. Bis zu Ihrem Widerruf ist damit die Übermittlung Ihrer Religionszugehörigkeit für die aktuelle und alle folgenden Abfragen gesperrt. Wir werden daraufhin keine Kirchensteuer für Sie abführen. Das für Sie zuständige Finanzamt wird durch das Bundeszentralamt für Steuern über Ihre Sperre informiert und ist gesetzlich gehalten, Sie wegen Ihrer Sperre zur Abgabe einer Kirchensteuererklärung aufzufordern.

VI. WICHTIGER HINWEIS FÜR DIE ANTRAGSTELLUNG!

Ist für eine Steuerbegünstigung die Einhaltung einer Mindestvertragsdauer von 12 Jahren erforderlich, so beginnt die 12 Jahres-Frist nach Auffassung der Finanzbehörden nur dann von dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn an zu laufen, wenn innerhalb von **3 MONATEN** der erste Beitrag gezahlt wurde **und** der Versicherungsschein ausgestellt wurde. Wird die 3 Monats-Frist überschritten, so beginnt die Mindestvertragsdauer mit dem Zeitpunkt der ersten Beitragszahlung. Hier hilft dann nur noch eine Verlegung von Beginn und Ablauf der Versicherung auf einen späteren Zeitpunkt, um nicht die Steuervorteile zu verlieren. Wollen Sie Ihren ersten Beitrag frühzeitig zahlen, reichen Sie bitte unverzüglich den Versicherungsantrag nach. Bedenken Sie bitte, dass eine evtl. erforderliche Gesundheitsprüfung einige Zeit in Anspruch nimmt.

Alle Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt. Eine Gewähr für die Vollständigkeit und Richtigkeit kann nicht übernommen werden. Für weitergehende Informationswünsche wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.
Stand: September 2015

es bedeuten:

AltZertG = Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz
EStG = Einkommensteuergesetz
EStDV = Einkommensteuer-Durchführungsverordnung
ErbStG = Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz
VersStG = Versicherungssteuergesetz

INFORMATIONEN ZUM RECHTSWEG UND BESCHWERDEVERFAHREN / IRB16

Die Hannoversche Lebensversicherung AG ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Zur außergerichtlichen Streitbeilegung haben Sie die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann als neutralen Schlichter zu kontaktieren. Für uns als Versicherer ist dessen Entscheidung bis zu einem Streitwert von 10.000 EUR verbindlich. Der ordentliche Rechtsweg zu den Gerichten bleibt davon unberührt. Diese Schlichtungsstelle erreichen Sie wie folgt:

- Post: Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin
- Telefon: (0800) 3696000
- Fax: (0800) 3699000
- E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
- Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Sie können eine Beschwerde auch online über die Online-Streitbelegungsplattform der Europäischen Union einlegen, die sie dann an den Versicherungsombudsmann (s. o.) weiterleitet. Diese erreichen Sie im Portal „Ihr Europa“ unter http://europa.eu/youreurope/citizens/index_de.htm.

Generell steht Ihnen die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen –, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, als zuständige Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung.

Stand: Oktober 2015

Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1
30177 Hannover
T 0511.95 65-0
F 0511.95 65-555
hannoversche.de