

Verbraucherinformation für Fondsgebundene Versicherungen

– Private Vorsorge (Schicht 3) und
Rückdeckungsversicherung (Schicht 2)

in der Fassung 07 / 2024

Ihr Versicherer:
Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
50427 Köln
www.zurich.de

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Fondsgebundene Versicherung – Private Vorsorge (Schicht 3) und Rückdeckungsversicherung (Schicht 2)	6
Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung in der Fondsgebundenen Versicherung – Private Vorsorge (Schicht 3) und Rückdeckungsversicherung (Schicht 2)	26
Allgemeine Steuerhinweise für die Fondsgebundene Versicherung – Private Vorsorge (Schicht 3)	28
Besondere Hinweise für Rückdeckungsversicherungen	30
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (BUZ) – Private Vorsorge (Schicht 3) und Rückdeckungsversicherung (Schicht 2)	32
Besondere Bedingungen für die zusätzliche Absicherung von Grundfähigkeiten bei Schülern – Private Vorsorge (Schicht 3)	47
Besondere Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (EUZ) – Private Vorsorge (Schicht 3) und Rückdeckungsversicherung (Schicht 2)	52
Besondere Bedingungen für das Lebensphasenkonzept	60
Information zur Verwendung Ihrer Daten	66
Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland	69
Information über den Umgang mit Interessenkonflikten	71
Widerrufsbelehrung (Anlage)	

Allgemeine Hinweise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Deutzer Allee 1
50679 Köln
Sitz der Gesellschaft: Köln (HRB 100486).

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

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

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

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Carsten Schildknecht
Deutzer Allee 1
50679 Köln

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

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

Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

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

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Übertragung der Verträge auf den Sicherungsfonds anordnen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Person, der bezugsberechtigten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen gegen die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, die dem Sicherungsfonds angehört.

6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen.

14. die Laufzeit und gegebenenfalls Mindestlaufzeit des Vertrages.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

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

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

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

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

2. sonstige in die Prämie eingerechnete Kosten.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4. die Rückkaufswerte.

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

8. die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

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

9. die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase (bei Lebensversicherungsverträgen, die Versicherungsschutz für ein Risiko bieten, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist).

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

Hinweis für Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Fondsgebundene Versicherung – Private Vorsorge (Schicht 3) und Rückdeckungsversicherung (Schicht 2)

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was beinhaltet eine Fondsgebundene Versicherung?

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

fen worden ist. Abweichend gilt bei Fondsgebundenen Versicherungen mit einer garantierten Leistung im Erlebensfall, dass hier auch Beitragsteile in unserem sonstigen Vermögen, d. h. in nicht fondsgebundener Form angelegt werden. Der Anlagestock wird gesondert vom sonstigen Vermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteilseinheiten aufgeteilt. Die Wertpapiere sind Fondsanteile bestimmter von Ihnen gewählter Fonds, die innerhalb des Anlagestocks getrennt geführt werden. Die zurzeit zur Auswahl stehenden Fonds sind im Versicherungsschein genannt. Soweit die Leistung abgerufen wird, wird der entsprechende Anteil dem Anlagestock entnommen und im Falle einer Rentenzahlung in unserem sonstigen Vermögen zur Finanzierung einer lebenslangen garantierten Rente angelegt.

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

(3) Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der Fondsanteile der von Ihnen gewählten Fonds einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Dies bedeutet, dass Sie das Kapitalanlage-Risiko tragen. Insbesondere bei Fonds, die nicht auf Euro lauten (Fremdwährungsfonds), können darüber hinaus Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage beeinflussen. Bei einer guten Fondsentwicklung wird die Leistung im Erlebensfall höher sein als bei einer weniger guten Fondsentwicklung. Falls mit uns keine garantierte Leistung im Erlebensfall vereinbart wurde, kann bei sehr schlechten Kursverläufen eine nur sehr geringe oder keine Leistung resultieren. Im Todesfall ist immer die vereinbarte Mindesttodesfallsumme garantiert (vgl. § 2 Absatz 8).

(4) Das Guthaben Ihrer Versicherung ist die Summe aus Fonds-Deckungskapital und Garantie-Deckungskapital. Das Fonds-Deckungskapital ergibt sich aus der Zahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Fondsanteile. Das Garantie-Deckungskapital ist das Guthaben, das sich aus den Beitragsanteilen ergibt, die zur Bildung einer ggf. mit uns vereinbarten garantierten Leistung im Erlebensfall verwendet worden sind.

Den Wert des Fonds-Deckungskapitals Ihrer Versicherung ermitteln wir dadurch, dass die Zahl der Fondsanteile Ihrer Versicherung mit dem jeweiligen am Bewertungsstichtag (vgl. § 2 Absatz 14) von der Kapitalanlagegesellschaft veröffentlichten Rücknahmepreis der von Ihnen gewählten Fonds multipliziert wird. Bei Fremdwährungsfonds (z. B. auf US-\$) werden die Rücknahmepreise am Bewertungsstichtag ebenfalls in Euro umgerechnet.

(5) Die Kalkulation der bei Vertragsbeginn im Versicherungsschein genannten Leistungen basiert vor Rentenbeginn auf der Sterbetafel DAV 1994T und verwendet einen Rechnungszins in Höhe von 0,25 %. In der Rentenphase basiert sie auf der Sterbetafel DAV 2004R und verwendet einen Rechnungszins in Höhe von 0,20 %. Der Rechnungszins und die Sterbetafel werden nachfolgend als Rechnungsgrundlagen bezeichnet.

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

§ 2 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen ab Rentenbeginn

(1) Erlebt die versicherte Person den im Versicherungsschein dokumentierten Rentenbeginn (Abruftermin) – bei Einschluss einer Verfügungsphase den spätestmöglichen Rentenbeginn (spätestmöglicher Abruftermin) –, zahlen wir die aus dem Guthaben nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelte Rente lebenslang jeweils monatlich an den vereinbarten Fälligkeitsterminen aus. Falls eine garantierte Leistung im Erlebensfall vereinbart wurde, ist das Guthaben mindestens so hoch wie dieser Garantiebtrag.

Der Termin der ersten Rentenzahlung ist im Versicherungsschein dokumentiert.

Verfügungsphase

Wir sehen für Ihren Vertrag im Regelfall eine Verfügungsphase vor, sie ist jedoch nicht obligatorisch. Bei Einschluss gelten die folgenden Regelungen:

- Die Verfügungsphase beginnt und endet zu den in Ihrem Persönlichen Vorschlag und Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkten (frühestmöglicher bzw. spätestmöglicher Rentenbeginn).
- Während der Verfügungsphase können Sie zu jedem Monatsersten die Leistung ganz oder teilweise auf Basis des dann vorhandenen Guthabens ohne den ansonsten üblichen Abzug abrufen. Mit dem vollständigen Abruf der Leistung beenden Sie die Verfügungsphase. Im Falle eines teilweisen Abrufs können Sie den verbleibenden Teil der Leistung zu einem späteren Termin erneut ganz oder teilweise abrufen.
- Soweit Sie die Leistung nicht vorzeitig abrufen, wird sie zum Ende der Verfügungsphase fällig.
- Sie haben zudem die Möglichkeit, während der Verfügungsphase zu jedem Monatsersten zu entscheiden, ob Sie den Vertrag unverändert, mit verminderten Beiträgen oder beitragsfrei fortführen wollen.

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

Ergibt sich eine Grundrente (vgl. Absatz 6) von weniger als 50 EUR monatlich, so erfolgt anstelle einer Rentenzahlung die Auszahlung des Guthabens zuzüglich des Schlussüberschusses. Hierzu gelten die Absätze 12 bis 14 entsprechend.

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

Für die Rentenzahlungszeit können Sie Zusatzversicherungen (z. B. Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung) vereinbaren, sofern diese zum Zeitpunkt des Übergangs in den Rentenbe-

zug zur Verfügung stehen. Der Wunsch kann frühestens fünf Monate vor dem Abruf der Leistung berücksichtigt werden.

Wir garantieren Ihnen bereits bei Vertragsbeginn, dass Sie zum Rentenbeginn anstatt von der zum Vertragsbeginn vereinbarten Rentenzahlungsform auch von sämtlichen anderen Rentenzahlungsformen Gebrauch machen können, die wir dann anbieten.

(2) Alternativ zur Rentenzahlung (vgl. Absatz 1) können Sie sich bis zu einem Monat vor dem Abruf der Leistung auch für eine vollständige Auszahlung des Guthabens zuzüglich des Schlussüberschusses entscheiden. Falls eine garantierte Leistung im Erlebensfall vereinbart wurde, ist das Guthaben mindestens so hoch wie die vereinbarte garantierte Erlebensfallsumme. **Mit der vollständigen Auszahlung erlischt die Fondsgebundene Rentenversicherung.**

(3) Als Alternative zur vollständigen Rentenzahlung oder vollständigen Auszahlung des Guthabens zuzüglich des Schlussüberschusses können Sie auch eine Kombination einer teilweisen Auszahlung und einer teilweisen Rentenzahlung in Anspruch nehmen. Voraussetzung für die teilweise Auszahlung ist, dass die Auszahlung mindestens 300 EUR beträgt. Hierbei zahlen wir ab dem vereinbarten Rentenbeginn eine Rente, die aus dem nicht ausgezahlten Guthaben ermittelt wird. Die Voraussetzung für eine teilweise Rentenzahlung ist, dass die Rente aus dem verbleibenden Guthaben mindestens 50 EUR monatlich beträgt.

(4) Liegt der frühestmögliche vereinbarte Rentenbeginn später als 12 Jahre nach Abschluss der Fondsgebundenen Versicherung, so können Sie sich für eine Auszahlung von Guthaben zuzüglich des Schlussüberschusses entscheiden. Dieses können Sie jedoch frühestens nach Ablauf von 12 Jahren seit Vertragsabschluss in Anspruch nehmen.

Bei Fondsgebundenen Versicherungen, deren vereinbarter Rentenbeginn 12 Jahre nach Vertragsabschluss liegt, können wir Ihren Wunsch auf Auszahlung von Guthaben zuzüglich des Schlussüberschusses frühestens fünf Monate vor diesem berücksichtigen. Im Hinblick auf die Verfügungsphase gilt dies für den frühestmöglichen Rentenbeginn.

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

Reine Fondsanlage

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

Garantierte Leistung im Erlebensfall

Wir garantieren Ihnen, dass das Guthaben zum Rentenbeginn mindestens die im Versicherungsschein dokumentierte Höhe erreicht. Dieses garantierte Guthaben zum Rentenbeginn bezeichnen wir auch als „Garantierte Leistung im Erlebensfall“. Sie errechnet sich bei Vertragsabschluss wie folgt:

- bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung als Prozentsatz multipliziert mit der Summe der insgesamt bis zum Rentenbeginn – bei Einschluss einer Verfügungsphase zum frühestmöglichen Rentenbeginn – zu

zahlenden Beiträge ohne Beiträge für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen;

- bei Versicherungen mit Einmalbeitrag als Prozentsatz multipliziert mit dem zu zahlenden Einmalbeitrag.

Garantieguthaben

Für Rückdeckungsversicherungen kann abweichend von den vorstehenden Regelungen auch die Option „Garantieguthaben“ vereinbart werden. Falls Sie diese Option mit uns vereinbart haben, garantieren wir Ihnen, dass das Guthaben zum Rentenbeginn mindestens die im Versicherungsschein dokumentierte Höhe erreicht. Das Garantieguthaben errechnet sich aus der Summe der eingezahlten Beiträge abzüglich Abschluss- und Vertriebskosten, Verwaltungskosten sowie Risikobeiträge.

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

(6) Bereits bei Vertragsabschluss nennen wir Ihnen

- die lebenslange garantierte monatliche Rente je 10.000 EUR Guthaben (garantierter Rentenfaktor) und
- eine lebenslange monatliche garantierte Rente in absoluter Höhe – sofern zum Rentenzahlungsbeginn eine garantierte Leistung im Erlebensfall mit uns vereinbart worden ist und die Mindesthöhe von 50 EUR erreicht wird. Bei dynamischen Anpassungen und in der Verfügungsphase kann sich diese lebenslange monatliche garantierte Rente noch erhöhen.

Der garantierte Rentenfaktor ist vorsichtig kalkuliert. Bei Rentenbeginn stellen wir diesem garantierten Rentenfaktor einen weiteren Rentenfaktor gegenüber. Den höheren der beiden Rentenfaktoren garantieren wir Ihnen für die Rentenzahlungszeit. Für die Ermittlung dieses weiteren Rentenfaktors werden angewendet:

- die Rechnungsgrundlagen der von uns bei Rentenübergang angebotenen vergleichbaren Rentenversicherungen;
- die Kosten des dann von uns angebotenen vergleichbaren abschlusskostenfreien Verrentungstarifs;
- das Mischungsverhältnis einschließlich Sicherheitszuschlag des Vertragsbeginns.
Das Mischungsverhältnis ist die bei Ermittlung des bei Vertragsabschluss genannten garantierten Rentenfaktors zugrunde gelegte Geschlechterzusammensetzung. Der Sicherheitszuschlag ist ein Puffer, der dazu dient, Verschiebungen der tatsächlichen Geschlechterzusammensetzung ausgleichen zu können.

Sofern Ihnen bei Vertragsabschluss eine lebenslange monat-

liche garantierte Rente in absoluter Höhe genannt worden ist, gilt für die Ermittlung der Rente darüber hinaus Folgendes: wir berechnen die Rente, die sich, wie in den vorhergehenden Sätzen beschrieben, aus den höheren der beiden Rentenfaktoren ergibt. Diese Rente vergleichen wir mit der Ihnen genannten lebenslangen monatlichen garantierten Rente in absoluter Höhe. Die höhere Rente wird Ihnen garantiert (Grundrente).

(7) Wenn die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat, können Sie den Vertrag vorzeitig beenden und Sie erhalten den Rückkaufswert, der ohne den ansonsten üblichen Abzug berechnet wird. Eine garantierte Mindestleistung für den Rückkaufswert ist bei Wahrnehmung der Option nicht vorhanden.

Alternativ kann auf Wunsch der Rentenbeginn vorverlegt werden. In diesem Fall wird Ihre Rente aus dem vorhandenen Guthaben und einem garantierten Rentenfaktor gebildet, der für das vorgezogene Rentenbeginnalter nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet wird. Die Berechnung dieses garantierten Rentenfaktors erfolgt auf Basis der Sterbetafel und des Rechnungszinses, die in § 1 Absatz 5 festgelegt sind. Die Sätze 3 bis 8 in Absatz 6 gelten entsprechend.

Als Alternative zur vollständigen Rentenzahlung können Sie auch eine Kombination einer teilweisen Auszahlung und einer teilweisen Rentenzahlung in Anspruch nehmen. Voraussetzung für die teilweise Auszahlung ist, dass die Auszahlung mindestens 300 EUR beträgt. Die Voraussetzung für eine teilweise Rentenzahlung ist, dass die Rente aus dem verbleibenden Guthaben mindestens 50 EUR monatlich beträgt.

Sie können die Renten auch vor dem 62. Lebensjahr abrufen. Bitte berücksichtigen Sie dabei die in den Verbraucherinformationen enthaltenen Steuerhinweise sowie die in § 12 Absatz 2 genannten Regelungen zum Rückkaufswert.

Unsere Leistung bei Tod der versicherten Person

(8) Bei Tod der versicherten Person vor dem Abruf der vollständigen Leistung erfolgt eine Leistung in Höhe des Guthabens, mindestens jedoch der vereinbarten Mindesttodesfallsumme, zuzüglich des anteiligen Schlussüberschusses (siehe § 3 Absatz 5).

Auf Wunsch zahlen wir bei Tod der versicherten Person die Leistung statt als einmaliges Kapital auch in Form einer aufgeschobenen oder sofort beginnenden Rente aus. Bezüglich der Höhe der Mindesttodesfallsumme kann bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung bei Vertragsabschluss zwischen den beiden nachfolgenden Modellen gewählt werden. Bei Verträgen mit Einmalbeitrag erfolgt die Todesfallabsicherung immer über das Modell Premiumschutz.

Basisschutz

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

Premiumschutz

Die Mindesttodesfallsumme kann in Prozent der insgesamt bis zum vertraglich vereinbarten Rentenbeginn – bei Einschluss einer Verfügungsphase zum spätestmöglichen Rentenbeginn – zu zahlenden Beiträge (Beitragssumme) festgelegt werden.

Je niedriger der Prozentsatz der Mindesttodesfallsumme gewählt wurde, desto geringer sind die Risikobeiträge, die dem Fonds-Deckungskapital entnommen werden.

Wurde der Prozentsatz Null gewählt, so ist keine Mindesttodesfallsumme vereinbart. In diesem Fall erfolgt bei Tod der versicherten Person vor dem vertraglich vereinbarten Rentenbeginn – bei Einschluss einer Verfügungsphase vor dem spätestmöglichen Rentenbeginn – eine Leistung in Höhe des Guthabens zuzüglich des anteiligen Schlussüberschusses.

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

Beim Modell Premiumschutz, können Sie eine Änderung des Prozentsatzes der Mindesttodesfallsumme beantragen. Eine Absenkung der Mindesttodesfallsumme kann jedoch abgelehnt werden, insbesondere wenn sie mit der Umstellung auf eine neue Sterbetafel oder einen neuen Rechnungszins verbunden wäre oder gesetzlichen Rahmenbedingungen entgegenstehen würde. Bei einer Anhebung der Mindesttodesfallsumme behalten wir uns das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung und der Berücksichtigung des aktuellen Risikos in den zukünftigen Risikobeiträgen vor.

Durch die Änderung der Mindesttodesfallsumme können sich die Ihnen genannten garantierten Leistungen ändern. Die geänderten Werte teilen wir Ihnen dann im Versicherungsschein mit.

(9) Stirbt die versicherte Person nach Rentenbeginn und ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die vereinbarte Rente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt. Der Bezugsberechtigte kann sich alternativ innerhalb von drei Monaten nach Tod der versicherten Person dafür entscheiden, dass der Barwert der noch ausstehenden Renten ausgezahlt wird. Nach Auszahlung werden keine weiteren Leistungen aus der Rentenversicherung mehr fällig.

Soweit Sie es wünschen, können Sie vor Rentenbeginn die Dauer der für die Rentenzahlungszeit vereinbarten Rentengarantiezeit innerhalb der tariflichen Grenzen ändern.

Alternativ können Sie für den Fall des Todes auch eine Beitragsrückgewähr einschließen, sofern diese zum Zeitpunkt des Übergangs in den Rentenbezug zur Verfügung steht. Beitragsrückgewähr bedeutet in diesem Fall die Zahlung des bei Rentenbeginn für die Verrentung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals abzüglich bereits gezahlter Renten (ohne Renten aus der Überschussbeteiligung während der Renten-

zahlungszeit).

Der Wunsch kann frühestens fünf Monate vor dem Abruf der Leistung berücksichtigt werden. Änderungen der Rentengarantiezeit bzw. der Einschluss einer Beitragsrückgewähr haben Auswirkungen auf die Ihnen genannte garantierte Rente. Hierüber werden wir Sie gesondert unterrichten.

Art unserer Leistung

(10) Die Leistungen erbringen wir grundsätzlich in Geld.

(11) Auf Ihre Mitteilung hin prüfen wir, ob die auf das Fonds-Deckungskapital entfallende Leistung bei Kapitalauszahlung in Fondsanteilen erbracht werden kann. Dieser Wunsch auf Übertragung der Fondsanteile ist uns mindestens zwei Wochen vor Abruf bzw. im Todesfall mit der Meldung des Todesfalls mitzuteilen. Ihre Mitteilung soll Name und Anschrift der Bank, Depotinhaber und Depotnummer enthalten, auf das die Fondsanteile übertragen werden sollen. Die Fondsanteile werden spätestens vier Wochen nach Beendigung der Versicherung bzw. im Todesfall nach Anerkennung unserer Leistungspflicht sowie Vorliegen der oben beschriebenen Depotangaben übertragen, sofern die Übertragung möglich ist. Erhalten wir keine entsprechende Mitteilung oder ist die Übertragung der Anteile nicht möglich, erbringen wir unsere Leistung vollständig in Geld.

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

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

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

Unsere Leistung aus der Überschussbeteiligung

(15) Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrages ist die Entwicklung des Anlagestocks. Darüber hinaus beteiligen wir Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (vgl. § 3).

§ 3 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Überschussermittlung

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

Vor Abruf der Rentenzahlung bzw. des Kapitals entstehen neben der Werterhöhung der Fondsanteile und der Bildung neuer Fondsanteile nach § 3 Absatz 3 Überschüsse, wenn

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

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

Beteiligung an den Überschüssen

(2) Die Beteiligung am Überschuss nehmen wir nach Grundsätzen vor, die § 140 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der hierzu nach § 145 Absatz 2 VAG erlassenen Rechtsverordnung entsprechen und deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Finanz- und Rechtsaufsicht überwacht. Den bei günstiger Entwicklung der Sterblichkeit und der Kosten auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschuss ordnen wir einzelnen Bestandsgruppen zu und stellen ihn in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ein. Teile des Überschusses können den Verträgen auch direkt gutgeschrieben werden. Von den Kapitalerträgen kommt den Versicherungsnehmern als Überschussbeteiligung mindestens der in der Rechtsverordnung zu § 140 Absatz 2 VAG jeweils festgelegte Anteil zugute, abzüglich der Beträge, die für die zugesagten Leistungen benötigt werden. Bei sehr ungünstigem Risikoverlauf bzw. einem eventuellen Solvabilitätsbedarf kann dieser Anteil unterschritten werden (Rechtsverordnung zu § 140 Absatz 2 VAG). Einen so ermittelten Überschuss für die Versicherungsnehmer ordnen wir den einzelnen Bestandsgruppen zu und stellen ihn – soweit er den Verträgen nicht direkt gutgeschrieben wird – in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ein. Bei Rentenbeginn und während der Dauer der Rentenzahlungszeit werden Mittel in der RfB für eine lebenslang zahlbare Rente reserviert, deren Höhe jedoch nicht garantiert ist. Die Höhe der hieraus gezahlten Renten ist jeweils nur für ein Versicherungsjahr zugesagt.

Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. In Ausnahmefällen können wir die Rückstellung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung

der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen (§ 140 Absatz 1 VAG). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Soweit auf §§ 140 und 145 VAG Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2016 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahmen erstrecken sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzende Vorschriften.

Sofern Sie eine garantierte einmalige Erlebensfalleistung zum Rentenbeginn vereinbart haben, können Sie zusätzlich eine Beteiligung an den Bewertungsreserven erhalten. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Sie können auch Null betragen. An vorhandenen Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den jeweils geltenden versicherungsvertraglichen und aufsichtsrechtlichen Bestimmungen. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine hälftige Beteiligung an den Bewertungsreserven vor, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind.

(3) Wir haben gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Vor Abruf der Rentenzahlung bzw. des Kapitals gehört Ihre Versicherung zum Gewinnverband 109 in der Bestandsgruppe 31. Jede einzelne Versicherung innerhalb dieses Gewinnverbandes erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe, soweit auf sie Überschüsse entfallen. Die Höhe dieser Anteile wird von unserem Vorstand auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der RfB entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren, insbesondere etwa im ersten Versicherungsjahr, kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

Laufende Überschussbeteiligung

(4) Die einzelnen Versicherungen können eine laufende Überschussbeteiligung erhalten, wenn laufende Überschüsse zuteilung werden. Dies kann in folgenden Formen geschehen:

▪ Grundüberschussanteil vor Rentenbeginn

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

Beitragsüberschussanteil vor Rentenbeginn

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

▪ **Zusatzüberschussanteil**

vor Rentenbeginn

Bezugsgröße für den Zusatzüberschussanteil ist der Risikobeitrag des laufenden Monats. Falls zugewiesen, wird der Zusatzüberschuss monatlich gutgeschrieben.

▪ **Grundüberschussanteil**

nach Rentenbeginn

Je nach vereinbarter Überschussverwendungsform können die einzelnen Versicherungen jährlich eine laufende Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente erhalten, wenn Überschüsse zugewiesen werden (vgl. Absatz 7).

Schlussüberschussbeteiligung

(5) Es ist ein Schlussüberschuss nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen vorgesehen. In allen Fällen wird der Schlussüberschuss jährlich neu festgesetzt. Er kann auch Null betragen. Der festgesetzte Schlussüberschuss ist jeweils für ein Kalenderjahr garantiert; danach kann er wieder entfallen.

Der vorgesehene Schlussüberschuss wird konventionell, also nicht in Fondsanteilen des oder der von Ihnen gewählten Fonds, geführt. Er wird monatlich fortgeschrieben und dabei anteilig mit einem für das Geschäftsjahr deklarierten Zinssatz verzinst. Die Erhöhung des Schlussüberschusses berechnet sich monatlich in Prozent des Fondsguthabens und zusätzlich bei Einschluss einer garantierten Leistung im Erlebensfall in Prozent des Garantie-Deckungskapitals.

Vor Rentenbeginn:

Im Kündigungsfall oder bei Tod der versicherten Person wird der Schlussüberschuss anteilig in Abhängigkeit von der abgelaufenen Versicherungsdauer festgesetzt. Bei Wahl der Auszahlung des Kapitals anstelle einer Rentenzahlung vor Rentenbeginn wird der Schlussüberschuss zusammen mit diesem ausgezahlt.

Nach Rentenbeginn:

Die Schlussüberschussbeteiligung wird nach Maßgabe folgender Regelungen zur Erhöhung der Rente verwendet. Zu Beginn der Rentenzahlung werden zwei Werte ermittelt. Der erste Wert ergibt sich aus der Anwendung des garantierten Rentenfaktors, wie in § 2 beschrieben, auf das zum Rentenbeginn vorhandene Guthaben zuzüglich der Beteiligung an den Bewertungsreserven und der für diesen Zeitpunkt deklarierten Schlussüberschussbeteiligung. Der zweite Wert ergibt sich aus der Anwendung der zum Zeitpunkt des Rentenbeginns im Rentenneugeschäft des Unternehmens angewendeten Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins und Sterbetafel) auf das zum Rentenbeginn vorhandene Guthaben zuzüglich der Beteiligung an den Bewertungsreserven und der für diesen Zeitpunkt deklarierten Schlussüberschussbeteiligung. Der höhere Wert kommt als Rente zur Auszahlung. Soweit in dem höheren Betrag ein Rentenanteil aus Schlussüberschussbeteiligung enthalten ist, wird dieser Rentenanteil nur jeweils für ein Jahr zugesagt. Der Rentenanteil aus der Schlussüberschussbeteiligung kann für die Folgejahre nach den Maßgaben von § 140 Absatz 1 VAG gekürzt werden. In diesem Fall kann der Rentenanteil aus der Schlussüberschussbeteiligung ganz oder teilweise entfallen. Eine Kürzung der ausgezahlten Rente unter den Betrag, der sich bei Anwendung des garantierten Rentenfaktors, wie in § 2 beschrieben, auf das zum Rentenbeginn vorhandene Guthaben zuzüglich der Beteiligung an den Bewertungsreserven

ergibt, ist dabei nicht möglich.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

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

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

Sie erhalten als Schlusszahlung zur Beteiligung an den Bewertungsreserven den gesetzlich vorgesehenen Anteil von derzeit 50 % des im Zusammenhang mit der Beendigung ermittelten Betrages. Mindestens erhalten Sie aber die deklarierte Beteiligung an den Bewertungsreserven. Bewertungsreserven können auch vollständig entfallen. Neben Tod und Rückkauf vor dem Rentenbeginn sowie Ablauf ist der Übergang in den Rentenbezug maßgeblicher Zeitpunkt für die Beteiligung an den Bewertungsreserven.

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

Darüber hinaus beteiligen wir Sie während der Rentenzahlungszeit gemäß § 153 Absatz 3 VVG nach einem verursachungsorientierten Verfahren an den Bewertungsreserven. Bewertungsreserven können auch vollständig entfallen. Derzeit sieht das Gesetz eine hälftige Beteiligung an den Bewertungsreserven vor, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind.

Überschussverwendung

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

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

Bonus-PLUS-Rente

Bei der Bonus-PLUS-Rente wird ein Teil der zugeteilten Überschüsse dazu verwendet, zusätzlich zur garantierten Rente

eine möglichst gleichbleibende Zusatzrente aus Überschuss zu bilden. Der verbleibende Teil der zugeteilten Überschüsse wird zur

Erhöhung der Gesamtrente verwendet. Eine Erhöhung der Gesamtrente erfolgt frühestens im zweiten Rentenzahlungsjahr. Verringert oder erhöht sich die der Berechnung der Gesamtrente zugrunde gelegte Überschussbeteiligung, so wird dies zuerst Auswirkungen auf die jährliche Erhöhung haben; unter Umständen kann diese auch ganz ausbleiben. Ist eine stärkere Senkung der Überschussbeteiligung erforderlich, kann es vorkommen, dass auch die Höhe der Gesamtrente betroffen ist und diese sinkt.

Bonusrente

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

Garantie-PLUS-Rente

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

Für alle Überschussverwendungsformen während der Rentenzahlungszeit gilt:

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

Wahl der Überschussverwendungsform

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

Ergänzender Hinweis

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

Dies gilt dann, wenn

- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat und
- die Reduzierung angemessen und erforderlich ist, um die dauerhafte Erfüllung der Leistung zu gewährleisten

Garantierte Renten bleiben davon unberührt.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 10 Absätze 2 und 4 sowie § 11).

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

§ 5 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

(1) Wir führen Ihre Beiträge, soweit sie nicht zur Deckung von Kosten und zur Sicherstellung einer garantierten Leistung im Erlebensfall bestimmt sind, dem Anlagestock (vgl. § 1 Absatz 1) zu und rechnen sie in Fondsanteile der von Ihnen gewählten Fonds um. Als Bewertungsstichtag gilt zurzeit der Börsentag, der dem 1. eines Monats vorangeht. Haben Sie sich entschieden, dass die zur Anlage bestimmten Teile der Beiträge (Anlagebeiträge) in mehreren Fonds angelegt werden sollen, erfolgt die Aufteilung der Anlagebeiträge in dem vereinbarten Verhältnis (Beitragssplittung). In Ihrem Vertrag können Sie gleichzeitig bis zu zehn Fonds halten bzw. besparen.

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

Setzt sich Ihr Fonds-Deckungskapital aus Fondsanteilen mehrerer Fonds zusammen, so entnehmen wir die Verwaltungskosten, die Risikobeiträge, die Kosten für eingeschlossene Garantiefondskonzepte und ggf. die Gebühren (vgl. § 24) anteilig.

(2) Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des Fonds. Die Anzahl der jeweils zu erwerbenden Fondsanteile ergibt sich durch die Teilung des anzulegenden Beitrags durch den jeweiligen Rücknahmepreis der Fondsanteile der gewählten Fonds. Ein Ausgabeaufschlag wird nicht erhoben. Bei Fremdwährungsfonds (z. B. US-\$) ergibt sich der Rücknahmepreis, indem der Rücknahmepreis in Euro umgerechnet wird.

(3) Die Erträge, die aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten erzielt werden, fließen bei thesaurierenden Fonds unmittelbar dem Fonds zu und erhöhen damit den Wert des jeweiligen Fondsanteils. Bei ausschüttenden Fonds erwerben wir mit den ausgeschütteten Erträgen Anteile des

gleichen Fonds, die wir unverzüglich im Verhältnis des zum Ausschüttungszeitpunkt vorhandenen Fonds-Deckungskapitals Ihrem Vertrag anteilig gutschreiben.

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

(1) Wenn ein in Ihrem Vertrag enthaltener Fonds nicht mehr zur Verfügung steht, weil

- die Kapitalanlagegesellschaft die Ausgabe von Anteilen beschränkt, aussetzt oder endgültig einstellt,
- die Kapitalanlagegesellschaft die Rücknahme von Anteilen beschränkt oder aussetzt,
- gesetzliche Regelungen oder sonstige Maßnahmen getroffen werden, die wir nicht beeinflussen können und die einer Beschränkung, Aussetzung oder endgültigen Einstellung der Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen gleichkommen,

werden wir künftige Beiträge nicht mehr in dem Fonds anlegen. In diesen Fällen 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. In einem solchen Fall bieten wir an, die Anteilseinheiten auf ein Depot Ihrer Wahl zu übertragen. Nehmen Sie dieses Angebot nicht an, werden wir den Wert der Anteilseinheiten anhand des aktuellen Preises einer Börse oder sonstigen Verwertungsplattform ermitteln, an der die Anteilseinheiten gehandelt werden. Der Preis kann aufgrund der verminderten Veräußerbarkeit der Anteile auch erheblich geringer sein als der zuletzt von der Fondsgesellschaft gestellte Rücknahmepreis.

(2) Wenn ein in Ihrem Vertrag enthaltener Fonds nicht mehr zur Verfügung steht, weil

- die Kapitalanlagegesellschaft den Fonds auflöst oder
- die Laufzeit eines Fonds mit festem Laufzeitende abgelaufen ist,

werden wir das vorhandene Fonds-Deckungskapital umschichten und künftige Beiträge nicht mehr in dem betroffenen Fonds anlegen.

(3) Wenn die Kapitalanlagegesellschaft einen in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds mit einem anderen Fonds zusammenlegt, werden wir künftige Beiträge in dem durch die Zusammenlegung entstandenen Fonds anlegen, wenn sich die Risikoklasse und die Anlagepolitik nicht wesentlich ändern und der andere Fonds bereits in unserer Fondspalette verfügbar ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, werden wir das vorhandene Fonds-Deckungskapital umschichten und die künftige Beitragsanlage (in Fonds) vor Abruf der Leistung ändern.

(4) Wenn einer der Sachverhalte des Absatzes 1 Satz 1, des Absatzes 2 oder des Absatzes 3 Satz 2 eintritt, werden wir Sie zeitnah darüber informieren, welcher Fonds für die Anlage der künftigen Beiträge sowie für die Umschichtung des vorhandenen Fonds-Deckungskapitals zur Verfügung steht. Aus unserer Fondspalette wählen wir einen Fonds, der dem von Ihnen gewählten Fonds so weit wie möglich entspricht. Sie haben die Möglichkeit, sich innerhalb von vier Wochen für einen

anderen Fonds aus unserer aktuellen Fondspalette zu entscheiden. Bis zur Änderung der Fondsanlage werden wir die künftigen Beiträge in den von uns gewählten Fonds anlegen. Nennen Sie uns innerhalb der Frist keinen anderen Fonds für die Umschichtung des vorhandenen Fonds-Deckungskapitals, werden wir es ebenfalls in den von uns gewählten Fonds umschichten. Sie haben weiterhin gemäß § 15 die Möglichkeit, Ihre Anlage zu einem späteren Zeitpunkt zu ändern.

Sowohl die Änderung der Anlage der künftigen Beiträge als auch die Umschichtung des vorhandenen Fonds-Deckungskapitals führen wir kostenfrei durch.

(5) Für die Anlage von Zuzahlungen und von Überschüssen, die vereinbarungsgemäß in Anteile von Investmentfonds angelegt werden sollen, gelten diese Regelungen entsprechend.

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

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(2) Ist die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen gestorben, ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (vgl. § 12).

Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen gestorben ist, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) In folgenden Fällen vermindert sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (vgl. § 12): Die versicherte Person stirbt 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.

Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss dabei darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen vermindern sich nicht, 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.

§ 8 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung erbringen wir eine für den Todestag 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 eine für den Todesfall vereinbarte Kapitaleistung nur bis zur Höhe des für den Bewertungssichttag (vgl. § 2 Absatz 12) berechneten Rückkaufwertes (vgl. § 12 Absatz 2). Etwaige Beitragsrückstände werden wir vom Rückkaufswert abziehen.

Wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, besteht Versicherungsschutz.

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

§ 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

Rücktritt

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

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

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den vollen Rückkaufswert (vgl. § 12 Absatz 2). Die

Regelung des § 12 Absatz 2 Satz 5 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

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

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

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (vgl. § 12 Absätze 5 bis 9).

Rückwirkende Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Im Falle unverschuldeter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht den Vertrag anzupassen.

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

Ausübung unserer Rechte

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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

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

Anfechtung

(14) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend. Im Falle einer Anfechtung sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

(16) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 10 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch laufende Beiträge in Euro für jede Versicherungsperiode entrichten. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Sie können die Beitragszahlungsweise ändern. Der Umstellungstermin hängt von der bisherigen bzw. zukünftigen Zahlungsweise ab. Die Versicherungsperiode ändert sich dementsprechend. Durch eine Änderung der Beitragszahlungsweise können sich die Ihnen genannten garantierten Leistungen ändern. Die geänderten Werte teilen wir Ihnen dann im Versicherungsschein mit. Eine Änderung ist nur möglich, soweit der Mindestbeitrag für die neue Beitragszahlungsweise erreicht wird.

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

(3) Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (vgl. Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

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 SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Die laufenden Beiträge und Zuzahlungen können nur im SEPA-Lastschrifteinzugsverfahren gezahlt werden. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab.

(5) Bei Fälligkeit der Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

(7) Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Textform mit uns erforderlich.

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

- Die Zuzahlung erfolgt per SEPA-Lastschrifteinzugsverfahren, die Zuzahlung ist akzeptiert, sobald wir den Beitrag eingezogen haben.
- Der Mindestbetrag für eine Zuzahlung liegt bei 200 EUR.

Wenn der Tarif ihrer Versicherung für das Neugeschäft geschlossen ist, dürfen die Zuzahlungen eines Kalenderjahres 10.000 EUR nicht überschreiten.

Die Erhöhung der Leistungen errechnet sich aus Ihrem am Zuzahlungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter, der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmbedingungen. Hierbei werden grundsätzlich die Rechnungsgrundlagen angewendet, wie wir sie bei Abschluss des Vertrages verwendet haben. Gelten zum Zeitpunkt einer Zuzahlung andere Rechnungsgrundlagen für neu abzuschließende vergleichbare Verträge, so können wir auch diese Rechnungsgrundlagen zugrunde legen. Wir werden Sie informieren, wenn wir andere als die bei Vertragsabschluss zugrunde liegenden Rechnungsgrundlagen anwenden.

Wenn der Tarif ihrer Versicherung für das Neugeschäft offen ist, akzeptieren wir auch höhere Zuzahlungen zu den Bedingungen des Neugeschäftes.

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

Bei einer Zuzahlung fallen Abschluss- und Vertriebskosten an. Das Verhältnis zwischen Zuzahlung und Abschluss- und Ver-

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

Laufende Einmalbeiträge

(9) Bei Rückdeckungsversicherungen gilt abweichend von Absatz 8 im Hinblick auf die Zulassung von und die Erhöhung der Versicherungssumme bei Zuzahlungen Folgendes: Die Erhöhung der Versicherungssumme errechnet sich aus dem am Zuzahlungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter, der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmehedingungen und Rechnungsgrundlagen, sofern die Zuzahlung innerhalb eines Korridors von +/- 20 % des Einmalbeitrags liegt. Sollte an mehr als zwei aufeinanderfolgenden Jahren keine Zuzahlung geleistet worden sein oder sollten geleistete Zuzahlungen außerhalb des Korridors liegen, sind nachfolgende Zuzahlungen nur mit Zustimmung des Versicherers möglich. Für Zuzahlungen außerhalb des Korridors gelten die Regelungen des Absatzes 8.

(10) Bei Fondsgebundenen Versicherungen mit laufender Beitragszahlung können Sie auch eine Erhöhung der zu zahlenden Beiträge beantragen. Die Erhöhung innerhalb des bestehenden Vertrages kann jedoch abgelehnt werden, wenn sie mit der Umstellung auf neue Rechnungsgrundlagen verbunden wäre oder gesetzlichen Rahmenbedingungen entgegenstehen würde. Ist die gewünschte Erhöhung innerhalb Ihres bestehenden Vertrages nicht möglich, können Sie alternativ den Abschluss eines zusätzlichen Vertrages beantragen.

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

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

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der erste Beitrag oder der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform 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 Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten

eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Sind Sie nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, so haben Sie für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, keinen Versicherungsschutz, wenn wir Sie in der Mahnung auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hingewiesen haben.

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

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

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn Sie

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

Jedoch besteht kein Versicherungsschutz für einen zwischenzeitlich eingetretenen Versicherungsfall.

Falls Sie einen Folgebeitrag nicht zahlen können, bieten wir Ihnen umfangreiche Möglichkeiten zur Anpassung. Sie können sich jederzeit an uns oder Ihre Beraterin oder Ihren Berater wenden, um die verschiedenen Möglichkeiten zu besprechen.

§ 12 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Teilauszahlung verlangen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufwertes

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

(2) Wir erstatten nach § 169 VVG den Rückkaufswert. Der Rückkaufswert ist der nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Kündigungstermin berechnete Zeitwert der Versicherung. Der Zeitwert ergibt sich als Marktwert der Fondsanteile zum Zeitpunkt der Kündigung. Soweit Sie für den Erlebensfall eine garantierte Leistung (vgl. § 2 Absatz 5) vereinbart haben, entspricht der Rückkaufswert dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital für diese Leistung.

Bei Versicherungen gegen laufenden Beitrag erstatten wir mindestens jedoch den Zeitwert bzw. den Betrag des Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten des laufenden Beitrags auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag erstatten wir den Zeitwert des Deckungskapitals, der sich bei sofortiger Entnahme der Abschluss- und Vertriebskosten aus dem Betrag ergibt. Durch Zuzahlungen erhöht sich der Rückkaufswert um den Zeitwert des Deckungskapitals, der sich bei sofortiger Entnahme der Abschluss- und Vertriebskosten aus der Zuzahlung ergibt. Von dem so ermittelten Wert nehmen wir bei Kündigung einen Abzug in Höhe von 250 EUR vor. Der Abzug entfällt, wenn zum Wirksamkeitsdatum der Kündigung die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat oder der Vertrag über mehr als 20 Jahre bestanden hat.

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 Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. 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. Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 16) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgesetzt.

Teilauszahlung

(3) Anstelle einer vollständigen Kündigung können Sie aus Ihrer Versicherung – bei Wahl der Rentenzahlung jedoch nur vor dem vereinbarten Rentenbeginn – jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode in Textform eine Teilauszahlung verlangen. Dabei muss der Wert über 300 EUR betragen. Eine unveränderte Fortführung der Beiträge ist ebenfalls erforderlich. **Bei beitragsfreien Verträgen ist eine Teilauszahlung nur möglich, wenn nach der Teilauszahlung ein Rückkaufswert von mindestens 1.000 EUR vorhanden ist.** Bei einer Teilauszahlung wird ein anteiliger Abzug fällig. Das verbleibende Guthaben vermindert sich um diesen Betrag.

Bei einer Teilauszahlung werden die Mindesttodesfallsumme und – falls eine garantierte Leistung im Erlebensfall vereinbart – die garantierte Erlebensfallsumme sowie die lebenslange garantierte monatliche Rente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herabgesetzt.

Sollten Sie eine Teilauszahlung mit einer Beitragsreduzierung wünschen, gelten die Regelungen der teilweisen Beitragsfreistellung in den Absätzen 5 und 7 entsprechend.

(4) Den Rückkaufswert bzw. die Teilauszahlungen erbringen wir grundsätzlich in Geld. Abweichend hiervon können Sie jedoch die Leistung aus dem Fonds-Deckungskapital in Wertpapieren verlangen, sofern die Übertragung möglich ist. In diesem Fall lassen Sie uns bitte gleichzeitig mit Ihrer Kündi-

gung bzw. Ihrem Wunsch zur Teilauszahlung eine entsprechende Mitteilung zukommen, dass Sie von Ihrem Wahlrecht Gebrauch machen und die Übertragung des Fonds-Deckungskapitals in Wertpapieren wünschen. Erhalten wir keine entsprechende Mitteilung oder ist die Übertragung der Anteile nicht möglich, leisten wir den Rückkaufswert bzw. die Teilauszahlung vollständig in Geld.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

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

Im Falle einer vollständigen oder teilweisen Beitragsfreistellung wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik die Mindesttodesfallsumme und – falls eine garantierte Leistung im Erlebensfall vereinbart wurde – die garantierte Erlebensfallsumme sowie die lebenslange garantierte monatliche Rente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herabgesetzt.

Unter den gleichen Voraussetzungen können Sie auch eine befristete Beitragsfreistellung für eine Dauer von maximal 36 Monaten verlangen. Zum Ende dieser mit uns vereinbarten Dauer wird der Vertrag dann automatisch mit den bisherigen Beiträgen wieder in Kraft gesetzt. Die Mindesttodesfallsumme und – falls eine garantierte Leistung im Erlebensfall vereinbart wurde – die garantierte Erlebensfallsumme sowie die lebenslange garantierte monatliche Rente werden für den Zeitpunkt des Beginns der befristeten Beitragsfreistellung sowie der Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Leistungen werden auf Basis der Veränderung der Beitragszahlung angepasst. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 16) nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme können Sie Ihrem Persönlichen Vorschlag entnehmen.

(6) Wünschen Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und liegt der aktuelle Rückkaufswert Ihrer Versicherung unter 1.000 EUR, so erhalten Sie den Rückkaufswert (vgl. Absatz 2) und die Versicherung erlischt.

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

(8) Die zur Deckung des Todesfallrisikos und der Verwaltungskosten bestimmten Beiträge entnehmen wir dem Fonds-Deckungskapital. Dies kann – bei ungünstiger Entwicklung der Werte der Fondsanteile – dazu führen, dass das Fonds-Deckungskapital vor Ablauf der vereinbarten Versicherungs-

dauer aufgebraucht ist. In diesem Fall werden die Verwaltungskosten und die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten Risikobeiträge dem Garantie-Deckungskapital entnommen. Die Versicherung erlischt. Ein ggf. vorhandenes Garantie-Deckungskapital zahlen wir Ihnen ohne Abschlag aus. Wir werden Sie jedoch rechtzeitig darauf hinweisen.

(9) Der in Absatz 2 genannte Abzug unterbleibt, wenn die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat, oder sich der Vertrag in der Verfügungsphase (vgl. § 15) befindet. Der Abzug entfällt ferner, wenn Sie die Versicherung nach einer Vertragsverlängerung (vgl. § 14 Absatz 2) während der Verlängerungsfrist kündigen.

Beitragsrückzahlung

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

Wiederinkraftsetzung

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

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind vollständig gezahlt.
- Das Recht auf Wiederinkraftsetzung wird innerhalb von 36 Monaten nach Wirksamwerden der Beitragsfreistellung uns gegenüber geltend gemacht. Ist bei Ihrem Vertrag ein Premiumschutz mit einem Faktor größer als 100 (vgl. § 2 Absatz 8) oder eine Berufs/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen und wird das Recht auf Wiederinkraftsetzung nach 12 Monaten uns gegenüber geltend gemacht, behalten wir uns das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung vor.
- Das Recht auf Wiederinkraftsetzung wird innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung uns gegenüber geltend gemacht. Ein ggf. von uns erstatteter Rückkaufswert ist uns innerhalb eines Monats, nach dem Sie unsere Mitteilung über die Höhe der ausstehenden Beiträge erhalten haben, zurückzahlen.

Gleiches gilt auch, wenn eine befristete Beitragsfreistellung gemäß Absatz 5 vor Erreichen der vereinbarten Dauer beendet werden soll.

Auf Wunsch prüfen wir, ob die ausstehenden Beiträge aus dem vorhandenen Deckungskapital entnommen werden können.

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

Beitragsstundung

(12) Wenn Sie in Zahlungsschwierigkeiten geraten sind, haben Sie unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf eine Stundung der Beiträge bis zu 24 Monaten bei vollem Versicherungsschutz:

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind voll-

ständig gezahlt.

- Der Rückkaufswert ist höher als die zu stundenden Beiträge.
- Der Vertrag ist zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs nicht gekündigt.

Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erfolgt in einem Betrag am Ende des Stundungszeitraumes oder durch Verrechnung mit eventuellen Leistungen während des Stundungszeitraums. Wir werden die Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herabsetzen, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Mitteilung die ausstehenden Beiträge nachzahlen. Die Modalitäten ergeben sich im Einzelnen aus einem Stundungsangebot, das wir Ihnen unterbreiten. Der Anspruch besteht einmal, je überschrittener zehn Jahre Beitragszahlungsdauer ein weiteres Mal.

Entnahmemöglichkeit vor Rentenbeginn

(13) Sie haben die Möglichkeit, sich innerhalb der Verfügungsphase mehrmals hintereinander planmäßig einen bestimmten Betrag aus Ihrem Guthaben auszahlen zu lassen (Entnahmeplan). Die Ausführung eines Entnahmeplans ist jedoch nur unter den nachfolgenden Voraussetzungen möglich. Falls die Voraussetzungen nicht vorliegen, können wir den Entnahmeplan nicht ausführen.

- Es handelt sich nicht um eine Rückdeckungsversicherung.
- Der Vertrag befindet sich in der beitragsfreien Verfügungsphase.
- Es ist keine „Garantierte Leistung im Erlebensfall“ vereinbart (vgl. § 2 Absatz 5).
- Als Todesfallschutz ist „Premiumschutz“ mit Prozentsatz Null gewählt (vgl. § 2 Absatz 8). Eine Mindesttodesfallsumme wurde nicht vereinbart.
- Zu Beginn der beitragsfreien Verfügungsphase besteht keine Zusatzversicherung zu diesem Vertrag.
- Es besteht kein unwiderrufliches Bezugsrecht zugunsten eines Dritten.
- Der Vertrag ist weder abgetreten noch verpfändet.

Wir können einen Entnahmeplan darüber hinaus nur ausführen, solange

- mindestens 20 % des zu Beginn der Verfügungsphase (frühestmöglicher Abruftermin) vorhandenen Guthabens für die lebenslange Verrentung in Ihrem Vertrag zur Verfügung stehen und
- eine Rente von mindestens 50 EUR pro Monat gebildet werden kann.

Wir prüfen für jede Entnahme, ob die Voraussetzungen noch erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt, so führen wir die nächste Auszahlung aus dem Entnahmeplan nicht mehr aus und der Entnahmeplan endet.

Beantragung eines Entnahmeplans

Der Antrag auf Ausführung eines Entnahmeplanes muss uns bis 14 Tage vor dem gewünschten Entnahmebeginn zugegangen sein. Hierzu benötigen wir folgende Angaben:

- Beginn des Entnahmeplans (jeweils zum Monatsersten

- möglich);
- Gewünschter Ablauf des Entnahmeplans;
- Auszahlungsintervall (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich);
- Höhe der regelmäßigen Entnahme;
- Das Bankkonto, auf das die regelmäßigen Auszahlungen erfolgen sollen.

Ein Entnahmeplan kann frühestens zu Beginn der beitragsfreien Verfügungsphase ausgeführt werden. Er kann nur bis zum Ende der beitragsfreien Verfügungsphase ausgeführt werden.

Ausführung des Entnahmeplans

Für die Höhe der regelmäßigen Entnahmen gelten folgende Grenzen:

- Die Höhe der einzelnen Entnahmen muss mindestens betragen: 50 EUR bei monatlicher, 150 EUR bei vierteljährlicher, 300 EUR bei halbjährlicher, 600 EUR bei jährlicher Entnahme.
- Die Höhe der einzelnen Entnahmen darf maximal betragen: 10.000 EUR bei monatlicher, 30.000 EUR bei vierteljährlicher, 60.000 EUR bei halbjährlicher, 120.000 EUR bei jährlicher Entnahme.

Bei einer Entnahme wird der gewünschte Entnahmebetrag aus dem Guthaben des Vertrages entnommen. Für die einzelnen Entnahmen veräußern wir Fondsanteile aus Ihrem Vertrag. Als Bewertungsstichtag legen wir den letzten Börsentag des Monats vor dem jeweils vereinbarten Entnahmetermine zugrunde. Die Auszahlung aus Ihrem Entnahmeplan ist 14 Tage nach den jeweils vereinbarten Entnahmetermeninen fällig.

Die Ausführung des Entnahmeplans ist kostenfrei.

Wir müssen von dem Entnahmebetrag gegebenenfalls noch Steuern abführen. Der Auszahlungsbetrag reduziert sich dadurch und kann daher von dem gewünschten Entnahmebetrag abweichen.

Beendigung des Entnahmeplans

Sie können uns jeweils vor dem nächsten Entnahmetermine in Textform mitteilen, dass der Entnahmeplan nicht länger ausgeführt werden soll. Ihre Erklärung muss spätestens 14 Tage vor dem nächsten Entnahmetermine bei uns eingegangen sein. Sofern Ihre Erklärung nicht innerhalb dieser Frist bei uns eingeht, wird der Entnahmeplan erst nach dem nächsten Entnahmetermine nicht mehr ausgeführt.

Wir beenden den Entnahmeplan, wenn

- nicht mindestens 20 % des zu Beginn der Verfügungsphase (frühestmöglicher Abruftermin) vorhandenen Guthabens für die lebenslange Verrichtung in Ihrem Vertrag zur Verfügung stehen oder
- keine Rente von mindestens 50 EUR pro Monat gebildet werden kann.

Darüber hinaus endet der Entnahmeplan bei

- Teilauszahlung (vgl. § 12 Absatz 3), Zuzahlungen (vgl. § 10 Absatz 8), beitragsfreier Verlängerung (vgl. § 14 Absatz 2);
- Vergabe eines unwiderruflichen Bezugsrechts für einen Dritten im Todes- oder Erlebensfall (vgl. 19 Absatz 2);

- Anzeige einer Abtretung oder Verpfändung (vgl. § 19 Absatz 3);
- Änderung des Entnahmeplans durch Sie.

Nach Beendigung können Sie einen neuen Entnahmeplan beantragen.

Entnahmemöglichkeit während der Rentenzahlungszeit

(14) Sofern ein Todesfallschutz (verbleibende Rentengarantiezeit oder Beitragsrückgewähr) vereinbart ist, besteht nach Beginn der Rentenzahlung, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Rentenzahlungsjahres, die Möglichkeit, einer teilweisen Kündigung (Teilauszahlung) gemäß den nachfolgenden Regelungen:

- Die Teilauszahlung muss mindestens 2.500 EUR betragen.
- Bei vereinbarter Rentengarantiezeit ist die Höhe der Teilauszahlung auf den Barwert der ausstehenden garantierten Renten in der verbleibenden Rentengarantiezeit beschränkt; der Barwert entspricht den mit dem Rechnungszins der Rentenzahlungszeit abgezinsten garantierten Renten der Rentengarantiezeit.
- Bei vereinbarter Beitragsrückgewähr ist die Höhe der Teilauszahlung auf die zum Zeitpunkt der Teilauszahlung versicherte Todesfallleistung beschränkt.
- Die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Guthaben ergibt, darf nicht unter die in § 2 Absatz 1 festgelegte Mindestgrenze sinken.

Nach der Teilauszahlung wird die garantierte Rente neu berechnet. Das verbleibende Kapital wird nach den bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen in eine sofort beginnende Rente ohne Todesfallschutz umgewandelt. Dies hat üblicherweise eine Reduzierung der versicherten Rente zur Folge.

Bei der Teilauszahlung im Rentenbezug wird ein Abschlag in Höhe von 2 % des Auszahlungsbetrages, mindestens jedoch 50 EUR einbehalten. Er ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. 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.

Der Anspruch auf Teilauszahlung in der Rentenzahlungszeit ist durch formlose Erklärung in Textform gegenüber uns geltend zu machen.

Auszahlung bei Tod während der Rentengarantiezeit

(15) Ist eine Rentengarantiezeit eingeschlossen, und verstirbt die versicherte Person während dieser Zeit, so können die Bezugsberechtigten innerhalb von drei Monaten nach Tod der versicherten Person die Auszahlung des Barwerts der noch ausstehenden garantierten Renten der Rentengarantiezeit in Anspruch nehmen. Der Barwert entspricht den mit dem Rechnungszins der Rentenzahlungszeit abgezinsten garantierten

Renten der verbleibenden Rentengarantiezeit. **Nach Auszahlung werden keine weiteren Leistungen aus der Rentenversicherung mehr fällig.**

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

(1) Sie können Ihre Fondsgebundene Rentenversicherung vor Rentenbeginn in eine konventionelle Rentenversicherung umwandeln. Dies müssen Sie uns mit einer Frist von einem Monat zum Schluss einer jeden Versicherungsperiode in Textform mitteilen. Die Umwandlung ist frühestens zum Ende des ersten Versicherungsjahres möglich. Die Umwandlung ist nur möglich, sofern wir zum gewünschten Umwandlungszeitpunkt eine konventionelle Rentenversicherung im Neugeschäft anbieten.

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

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

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

(1) Bei Einschluss der Verfügungsphase haben Sie die Möglichkeit, den tatsächlichen Rentenbeginn flexibel zu wählen. So können Sie im Rahmen der flexiblen Verfügungsphase den Rentenbeginn bis zum spätestmöglichen Rentenbeginn hinausschieben.

(2) Zusätzlich können Sie bis einen Monat vor dem vereinbarten (spätestmöglichen) Rentenbeginn in Textform verlangen, dass die Versicherung bis zum Alter von 85 Jahren beitragsfrei verlängert wird, sofern die versicherte Person den Rentenbeginn erlebt. Bitte berücksichtigen Sie dabei die in der Verbraucherinformation enthaltenen Steuerhinweise. Bei einer Verlängerung ändern sich die Leistungen. Sie werden nach den Bedingungen, die zum Zeitpunkt der Verlängerung im Neugeschäft gelten, neu ermittelt. Die geänderten Leistungen teilen wir Ihnen dann mit.

(3) Wenn Sie Ihre verlängerte Versicherung zu einem Termin nach dem ursprünglich vorgesehenen Rentenbeginn kündigen, entfällt der sonst bei Kündigung einer Versicherung vorgesehene Abzug (vgl. § 12 Absätze 2 und 9).

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

§ 15 Wann und wie kann sich Ihre Fondsanlage ändern?

Individuelle Fondsanlage

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

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

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

(4) Bei Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals wird das vorhandene Fonds-Deckungskapital Ihrer Fondsgebundenen Versicherung ganz oder teilweise in einen oder mehrere andere von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene Fonds übertragen.

Ihren Wunsch auf Umschichtung von Fonds-Deckungskapital führen wir wie nachfolgend beschrieben durch: Stichtag für die Preisfestsetzung ist der auf den Eingang Ihrer Mitteilung folgende dritte Arbeitstag am Sitz der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG. Dies gilt sowohl für die Wertermittlung des zu übertragenden als auch des zu erwerbenden Fonds. Fällt dieser Stichtag auf einen Tag, für den die Kapitalanlagegesellschaft für einen der betroffenen Fonds keinen Preis veröffentlicht, wird für diesen Fonds der Preis des vorhergehenden Handelstages verwendet. Dies gilt nicht, wenn ein Fondspreis aus einem der in § 6 Absatz 1 genannten Gründe nicht veröffentlicht wird. Insoweit werden wir den gewünschten Fondswechsel nicht durchführen und Sie darüber informieren. Immobilienfonds sind bis auf weiteres grundsätzlich vom Fondswechsel ausgeschlossen.

Im Fall von Marktstörungen (z. B. außerordentliche Preisbewegung oder Ausfall von Referenzkursen) oder besonderen Umständen im Bereich der Fondsgesellschaft oder bei uns (z. B. Systemausfall, Telefonstörung) können wir die Ausführung Ihres Auftrages auf den nächstmöglichen Bewertungsstichtag, zu dem ein geeigneter Preis ermittelt wird, verschieben.

(5) Bei Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) bleiben die Höhe des Beitrags und die ursprünglich vereinbarte Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer unverändert. Eine Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) ist jeweils zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Mitteilung möglich und bezieht sich auf alle folgenden Beitragsfälligkeiten. Nach Änderung der Beitragsanlage in Fonds werden auch die erwirtschafteten Überschüsse nach dem von Ihnen gewählten neuen Aufteilungsverhältnis angelegt. Bei beitragsfrei gestellten Verträgen bleibt das zuletzt für die Beitragsanlage gewählte Aufteilungsverhältnis für die Aufteilung der Überschüsse maßgeblich. Sie können jederzeit mit uns ein anderes Aufteilungsverhältnis vereinbaren.

Ablaufmanagement bei individueller Fondsanlage

(6) Im Rahmen der individuellen Fondsanlage können Sie zur Reduzierung von Kursrisiken innerhalb der letzten zehn Jahre vor dem Rentenbeginn – bei Einschluss einer Verfügungsphase vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn durch Erklärung in Textform das Ablaufmanagement aktivieren. Dieses sieht eine Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals in einen Rentenfonds, derzeit DWS ESG Zinseinkommen LD, vor. Zur Erreichung eines gleichmäßigen, kontinuierlichen Übergangs wird monatlich ein der monatlichen Restlaufzeit bis zum Rentenbeginn – bei Einschluss einer Verfügungsphase vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn – entsprechender Bruchteil der jeweiligen Fondsanteile umgeschichtet. Ab Beginn des Ablaufmanagements fließen die weiteren Sparbeiträge, die in fondsgebundener Form angelegt werden, ausschließlich einem Rentenfonds, derzeit DWS ESG Zinseinkommen LD, zu.

Wir werden Sie jährlich während der letzten zehn Jahre vor dem Rentenbeginn auf die Möglichkeit der Aktivierung des Ablaufmanagements in der „Information zur Wertentwicklung“ hinweisen.

Für das Ablaufmanagement werden weder Gebühren noch Ausgabeaufschläge erhoben. Es besteht für Sie jederzeit zum Monatsende die Möglichkeit, durch Erklärung in Textform das Ablaufmanagement zu deaktivieren bzw. wieder zu aktivieren. Nach einer Deaktivierung können Sie Ihre künftige Beitragsanlage (in Fonds) neu bestimmen (vgl. Absatz 5).

Rebalancing

(7) Sie können eine automatische Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals (Rebalancing) mit uns vereinbaren, sofern Sie mehr als einen Fonds besparen.

Durch die unterschiedliche Wertentwicklung der Fonds verändert sich laufend die Gewichtung des Guthabens der Fonds zueinander. Mit dem Rebalancing wird das Fonds-Deckungskapital in dem Verhältnis neu aufgeteilt, das Sie für die künftige Anlage der Beiträge und Überschüsse in Fonds zuletzt mit uns vereinbart haben. Dies geschieht jeweils zum Beginn eines Versicherungsjahres. Bewertungsstichtag ist dabei der Börsentag, der dem Beginn des Versicherungsjahres unmittelbar vorangeht. Im Fonds-Deckungskapital enthaltene Anteile solcher Fonds, die mit ihren Beiträgen vereinbarungsgemäß nicht mehr bespart werden, sind nach Durchführung des Rebalancing im Fonds-Deckungskapital nicht mehr enthalten. Das Rebalancing wird auch bei beitragsfreien Verträgen durchgeführt. Es wird dabei das vor der Beitragsfreistellung für die Anlage der Beiträge und Überschüsse mit uns vereinbarte Aufteilungsverhältnis zu Grunde gelegt. Sie können jederzeit mit uns ein anderes Aufteilungsverhältnis vereinbaren.

Sie können - auch bei beitragsfreien Verträgen - das Rebalancing jederzeit einschließen oder beenden. Dies geschieht durch einseitige Erklärung, die uns gegenüber abzugeben ist. Es gelten dabei die in Absatz 10 genannten Fristen. Das Rebalancing endet

- mit Beginn eines vereinbarten Ablaufmanagements,
- mit Beginn der Rentenzahlung sowie

- bei von Ihnen veranlasster Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals (vgl. Absatz 1).

Weder für das Rebalancing noch für dessen Ein- und Ausschluss werden Gebühren erhoben.

Gemanagte Fondsanlage

(8) Durch die Vereinbarung „gemanagte Fondsanlage“ in Ihrem Vertrag beauftragen Sie uns, für Sie die Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals und die Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) Ihrer Versicherung unter Einschaltung eines Anlagegremiums vorzunehmen.

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

Den Auftrag zur „gemanagten Fondsanlage“ können Sie – unter Angabe des bzw. der gewünschten Fonds – zum jeweiligen Monatsende durch Erklärung in Textform gegenüber der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG kündigen. Sie wechseln dann in die individuelle Fondsanlage. Sie können uns den Auftrag zur „gemanagten Fondsanlage“ jederzeit mit Wirkung zum nächsten Monatsersten neu erteilen.

Ablaufmanagement bei gemanagter Fondsanlage

(9) Im Rahmen der gemanagten Fondsanlage können Sie zur Reduzierung von Kursrisiken innerhalb der letzten zehn Jahre vor dem Rentenbeginn – bei Einschluss einer Verfügungsphase vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn – durch Erklärung in Textform das Ablaufmanagement aktivieren.

Durch die Vereinbarung des „Ablaufmanagements bei gemanagter Fondsanlage“ in Ihrem Vertrag beauftragen Sie uns, für Sie die Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals vorzunehmen. Wir schichten aus Depotgrundmodellen mit höherer Aktienquote jeweils in ein Modell mit geringerer Aktienquote um. Wir legen in Abhängigkeit von der individuell verbleibenden Restlaufzeit Ihres Vertrages die Umschichtungstermine fest. Der Umschichtungsalgorithmus wird in Abstimmung mit einem Anlagegremium nach eigenem Ermessen bestimmt und kann ohne Ihre vorherige Zustimmung angepasst werden. Ab Beginn des Ablaufmanagements fließen weitere Sparbeiträge und/oder Zuzahlungen, die in fondsgebundener Form angelegt werden, ausschließlich in das im Rahmen der Umschichtung dann gewählte Depotgrundmodell mit niedrigerer Aktienquote.

Der Prozess der Umschichtung erfolgt bei Vornahme von mehreren Umschichtungen schrittweise und laufzeitkonform bis das Modell mit der geringsten Aktienquote erreicht wurde. Wurde das Depotgrundmodell mit der geringsten Aktienquote erreicht, ergibt sich durch das Ablaufmanagement keine Veränderung mehr. Umschichtungen finden nur statt, wenn zum Umschichtungstermin der Wechsel in ein Depotgrundmodell mit geringerer Aktienquote als das derzeit gewählte vorgesehen ist. Wir werden Sie jährlich während der letzten zehn Jahre vor dem Rentenbeginn in der „Information zur Wertentwicklung“

lung“ auf die Möglichkeit der Aktivierung des Ablaufmanagements bei gemanagter Fondsanlage hinweisen.

Für das Ablaufmanagement bei gemanagter Fondsanlage werden weder Gebühren noch Ausgabeaufschläge erhoben. Es besteht für Sie jederzeit zum Monatsende die Möglichkeit, durch Erklärung in Textform, das Ablaufmanagement zu deaktivieren und in ein anderes Depotgrundmodell oder in die individuelle Fondsanlage zu wechseln. Alternativ können Sie das Ablaufmanagement auch unterbrechen und später wieder reaktivieren.

Fristen

(10) Um eine fristgerechte Ausführung Ihres Auftrages gemäß der Absätze 5, 6, 7, 8 oder 9 sicherzustellen, muss Ihr Auftrag bei uns spätestens drei Tage vor dem letzten Arbeitstag des jeweiligen Monats eingehen. Bei späterem Auftragseingang können wir die Ausführung Ihres Auftrages um einen Monat verschieben.

§ 16 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

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

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

Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag werden die Abschluss- und Vertriebskosten sofort mit dem Beitrag verrechnet. Die Höhe ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % des von Ihnen bei Abschluss des Vertrags zu zahlenden Beitrags beschränkt.

Sofern Beiträge in der Verfügungsphase gezahlt werden, fallen darauf ebenfalls Abschluss- und Vertriebskosten an. Der Abschlusskostensatz auf diese Beiträge entspricht dem entsprechenden Satz aus der Grundphase (Phase bis zum Beginn der Verfügungsphase). Die Abschluss- und Vertriebskosten werden mit dem jeweils eingehenden Beitrag verrechnet.

Soweit auf Vorschriften in Verordnungen Bezug genommen wird, erstrecken sich die Bezugnahmen auch auf die diese in der Zukunft ersetzenden Vorschriften.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur

Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung mit laufender Beitragszahlung nur geringe Beiträge zur Bildung der beitragsfreien Leistung oder für Ihren Rückkaufswert vorhanden sind (vgl. § 12).

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

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

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

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

- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.

(4) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(5) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht.

(6) Unsere Geldleistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Wir überweisen nur auf ein Bankkonto, das auf den Namen des Leistungsempfängers lautet, und sich im Wohnsitzstaat des Leistungsempfängers oder in einem anderen Land des Europäischen Wirtschaftsraumes befindet. Eine Barzahlung kann nicht verlangt werden.

§ 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

(2) In den Fällen des § 19 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Widerrufliches Bezugsrecht

(1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als Versicherungsnehmer(in) oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Vertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

Unwiderrufliches Bezugsrecht

(2) Wenn Sie ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Vertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll, werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

Abtretung/Verpfändung

(3) Sie können Ihre Rechte und Pflichten aus dem Vertrag auch abtreten oder verpfänden.

Anzeigepflicht

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines unwiderruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Vertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Rechtsnachfolge

(5) Bei Tod des Versicherungsnehmers während der Laufzeit des Vertrages gilt grundsätzlich die gesetzliche Erbfolge. Wurde eine erbrechtliche Verfügung getroffen, gilt diese anstelle der gesetzlichen Erbfolge. Abweichungen von den erbrechtlichen Gegebenheiten können sich ergeben, wenn Sie zu Lebzeiten etwas anderes verfügt haben. Solch eine Verfügung erkennen wir nur und erst dann als wirksam an, wenn sie uns in Textform angezeigt wird.

§ 20 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

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

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

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

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

(1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unver-

züglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(4) Bei Änderung Ihrer Staatsangehörigkeit gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 22 Welche Besonderheiten gelten bei einem Umzug in das Ausland?

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

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

(3) Dieser Vertrag ist auf die gesetzlichen und steuerlichen Anforderungen von Versicherungsnehmern mit Wohnsitz in Deutschland zugeschnitten. Sollten Sie während der Vertragslaufzeit in ein anderes Land umziehen, könnte der Vertrag unter Umständen nicht mehr für Ihre persönlichen Bedürfnisse und Verhältnisse geeignet sein. Wir können dann gezwungen sein, den Vertrag beitragsfrei zu stellen oder auch unter Zahlung des Rückkaufswertes nach § 12 Absatz 2 ganz aufzulösen. Aufgrund verbindlicher Gesetze und Vorschriften des Staates, in den Sie Ihren Wohnsitz dann verlegen, ist es uns unter Umständen nicht mehr möglich, Ihren Vertrag in vollem Umfang gemäß den vereinbarten Bedingungen durchzuführen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn wir mit der Durchführung des Vertrages so wie vereinbart gegen Gesetze dieses Staates verstoßen würden, die auch für unsere Gesellschaft Gültigkeit haben. Es kann zweckmäßig sein, dass Sie sich auch über steuerliche Konsequenzen beraten lassen. Für steuerliche Nachteile, die sich durch einen Wohnsitzwechsel ergeben, haftet Zurich nicht. Sie sind daher verpflichtet, uns vor einem Wechsel des Wohnsitzes in einen Ort außerhalb Deutschlands während der Vertragslaufzeit zu informieren. Ihr Einverständnis vorausgesetzt werden wir in diesem Fall Ihre Kontaktdaten an ein anderes Unternehmen der Gruppe Zurich Insurance Group weiterleiten, um zu prüfen, ob ein anderes Unternehmen der Gruppe Zurich Insurance Group einen Vertrag anbieten kann, der auf Ihre neue Situation und Ihren neuen Wohnsitz zugeschnitten ist.

§ 23 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informati-

onen 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.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

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

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Es werden von uns nachfolgende Gebühren erhoben:

- Rückläufer im SEPA-Lastschriftverfahren 7,50 EUR
- Mahngebühren 5,00 EUR

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

(3) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschalen 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 Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die jeweilige Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

(4) Die vereinbarten Leistungen sind kalkuliert auf der Grundlage der bei Abschluss des Vertrages für diesen geltenden Gebühren, Steuern oder sonstigen öffentlichen Abgaben (nachfolgend vereinfacht: Abgaben). Sollten nach Abschluss dieses Vertrages neue Abgaben eingeführt werden, die den Vertrag betreffen und/oder sich auf ihn auswirken, gilt Folgendes: Beziehen sich die Abgaben auf den Beitrag, sind wir berechtigt, diese zusätzlich in Rechnung zu stellen. Beziehen sich die Abgaben auf das Deckungskapital des Vertrages oder auf Transaktionen innerhalb dieses Deckungskapitals (Käufe, Verkäufe und Umschichtungen von Anlagen), sind wir berechtigt das Deckungskapital mit den Abgaben zu belasten. Beziehen sich die Abgaben auf die Leistung, sind wir berechtigt, diese mit den Abgaben zu belasten. Diese Rechte bestehen nicht, wenn die gesetzlichen Grundlagen, mit denen die jeweilige Abgabe eingeführt wird, bindende Vorgaben dafür enthalten, wie mit der jeweiligen Abgabe in Bezug auf den Vertrag zu verfahren ist.

(5) Absatz 4 Sätze 3 bis 6 gelten entsprechend, wenn sich durch die Änderung der tatsächlichen Verhältnisse während der Laufzeit des Vertrages bei Ihnen oder der versicherten Person (beispielsweise durch einen Umzug) Abgaben ergeben, die bei Abschluss des Vertrages nicht bestanden haben.

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Vertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Vertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens und der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 27 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

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

§ 28 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewährt bzw. leistet Zurich aus diesem Vertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Gunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden können.

§ 29 Wie können Sie sich beschweren?

(1) Bei Beanstandungen, die in Zusammenhang mit Ihrer Versicherung stehen, können Sie sich direkt an uns wenden.

(2) Darüber hinaus haben wir uns als Mitglied des Versicherungsombudsmann e. V. dazu verpflichtet, an einem Verfahren zur Streitbeilegung vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Den Ombudsmann für Versicherungen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle.

(3) Wenn Sie diesen Vertrag als Verbraucher online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde derzeit auch online die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> nutzen. Die Plattform wird von der Europäischen Kommission bereitgestellt.

(4) Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, an die Sie sich bei Beschwerden wenden können. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

(5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung

in der Fondsgebundenen Versicherung – Private Vorsorge (Schicht 3) und Rückdeckungsversicherung (Schicht 2)

mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Inhaltsverzeichnis

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

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

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz auf Grundlage des Vorjahresbeitrags.

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Leistungen im Todes- und Erlebensfall ohne erneute Gesundheitsprüfung (vgl. Sie hierzu bitte § 3).

(3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger als bis die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter⁹⁾ von 67 Jahren erreicht hat.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung des Beitrags erfolgt 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.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Leistungen bestimmt sich unter Berücksichtigung des am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters⁹⁾ der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmebedingungen. Hierbei werden grundsätzlich die Rechnungsgrundlagen angewendet, wie wir sie

bei Abschluss des Vertrages verwendet haben. Gelten zum Zeitpunkt einer Erhöhung andere Rechnungsgrundlagen für neu abzuschließende vergleichbare Verträge, so können wir auch diese Rechnungsgrundlagen zugrunde legen. Wir werden Sie informieren, wenn wir andere als die bei Vertragsabschluss zugrunde liegenden Rechnungsgrundlagen anwenden.

Jede Erhöhung bildet mit der zugrunde liegenden Versicherung eine Einheit.

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

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

Ebenfalls erhöhen sich alle versicherten Leistungen aus ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Das Verhältnis der versicherten Leistungen aus den ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen zur Beitragssumme wird durch dynamische Erhöhungen nicht verändert. Ist die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, so erhöht sich die für den Fall der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit vereinbarte Leistung für die Beitragsbefreiung sowie die eventuell vereinbarte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente.

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

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

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

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

§ 5 Wann werden die Erhöhungen ausgesetzt?

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

(2) Sie können die Erhöhung beliebig oft aussetzen. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(3) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ/EUZ) mit eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit Leistungen aus der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbracht werden. Gleiches gilt während einer vereinbarten Karenzzeit.

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

§ 6 Welche Besonderheiten gelten für die Option „garantierte Rentensteigerung“?

(1) Sie können eine planmäßige Erhöhung der Renten im Rentenbezug (garantierte Rentensteigerung) mit uns vereinbaren. Sofern Sie eine Rückdeckungsversicherung abschließen, welche die von Ihnen erteilte Versorgungszusage vollumfänglich finanzieren soll (vollkongruente Rückdeckung), muss die vereinbarte Erhöhung jährlich mindestens 1 Prozent der garantierten Vorjahresrente betragen, wenn Sie dadurch eine Anpassungsprüfung nach § 16 BetrAVG vermeiden wollen.

(2) Haben Sie mit uns eine garantierte Rentensteigerung vereinbart, erhöht sich die versicherte Rente ab dem 2. Jahr in der Rentenzahlungszeit lebenslang jährlich um den fest vereinbarten Prozentsatz.

(3) Bei Einschluss der Option „garantierte Rentensteigerung“ gelten ebenfalls die in § 4 Absatz 1 Satz 1 beschriebenen Bestimmungen.

(4) Wurde in der Hauptversicherung eine garantierte Rentensteigerung vereinbart, so gilt diese auch für ggf. eingeschlossene Zusatzversicherungen.

(5) Wurde in der Hauptversicherung eine Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ-R) vereinbart, so gilt Folgendes: Erhält die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente, erhöht sich diese um den für die Hauptversicherung vereinbarten Steigerungssatz jeweils jährlich zur Hauptfälligkeit, die auf den Monat folgt, in dem der Leistungsfall eingetreten ist.

Wenn unsere Leistungspflicht vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer endet, lebt Ihre Pflicht zur Zahlung der Beiträge wieder auf. Die Höhe des Beitrages bemisst sich an den zu diesem Zeitpunkt geltenden versicherten Leistungen, einschließlich etwaiger Erhöhungen aus der dynamischen Anpassung im Rentenbezug.

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

Allgemeine Steuerhinweise

für die Fondsgebundene Versicherung – Private Vorsorge (Schicht 3)

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2023)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

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

A. Einkommensteuer

Sofortbeginnende Rentenversicherungen und Rentenversicherungen mit aufgeschobener Rentenzahlung

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

Nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG gehört zu den Einkünften aus Kapitalvermögen der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Erträge) im Erlebensfall oder bei Rückkauf des Vertrages bei Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht, soweit nicht die Rentenzahlung gewählt wird. Bei Fondsgebundenen Versicherungen sind 15 % des Unterschiedsbetrages steuerfrei oder dürfen nicht bei der Ermittlung der Einkünfte abgezogen werden, soweit der Unterschiedsbetrag aus Investorerträgen stammt. Von den zu versteuernden Erträgen müssen wir 25 % Kapitalertragsteuer sowie Solidaritätszuschlag zuzüglich ggf. Kirchensteuer mit abgeltender Wirkung einbehalten (Abgeltungsteuer). Diese führen wir an das zuständige Finanzamt ab.

Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von 12 Jahren seit dem Vertragsabschluss ausgezahlt, ist die Hälfte des Unterschiedsbetrages steuerpflichtig. Bei Auszahlungen müssen wir auf den vollen Unterschiedsbetrag 25 % Kapitalertragsteuer sowie Solidaritätszuschlag zuzüglich ggf. Kirchensteuer als Vorabsteuer einbehalten und an das zuständige Finanzamt abführen. Sofern der persönliche Steuersatz des Steuerpflichtigen unter dem 25%igen Abgeltungsteuersatz liegt, kann dieser Steuereinbehalt auf Antrag bei der Einkommensteuererklärung als Vorauszahlung angerechnet werden.

den. Liegen die Voraussetzungen für die Besteuerung des hälftigen Unterschiedsbetrages vor, sind die Erträge in die Steuererklärung aufzunehmen. Die Hälfte des Unterschiedsbetrags wird bei der Einkommensteueranmeldung nach dem tariflichen Einkommensteuersatz versteuert. Einbehaltene Steuerabzugsbeträge werden als Vorauszahlung angerechnet.

Darüber hinaus müssen wir auch die Kirchensteuer (KiSt) einbehalten und an das Finanzamt abführen. Hierzu fragen wir bei Ablauf oder Kündigung der Versicherung beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) ab, ob der Steuerpflichtige einer Religionsgemeinschaft angehört und welcher Kirchensteuersatz gilt. **Der Steuerpflichtige kann beim BZSt, unter Angabe seiner Identifikationsnummer nach amtlich vorgeschriebenem Vordruck schriftlich beantragen, dass der automatisierte Datenabruf seiner Religionszugehörigkeit bis auf schriftlichen Widerruf unterbleibt (Sperrvermerk).** Der Sperrvermerk muss bis zu zwei Monate vor der elektronischen Abfrage gesetzt sein. Der Sperrvermerk verpflichtet den Kirchensteuerpflichtigen, eine Steuererklärung zur Veranlagung der Kirchensteuer abzugeben.

Es ist keine Kirchensteuer einzubehalten, wenn die abgeltungssteuerpflichtige Leistung beim Empfänger zu Einkünften aus Gewerbebetrieb, Selbständiger Arbeit, Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft oder aus Vermietung und Verpachtung führt. Der Kirchensteuerabzugsverpflichtete muss nicht von sich aus ermitteln, ob die Einkünfte beim Steuerpflichtigen zu betrieblichen Einkünften führen. Der Empfänger der Leistung hat das Versicherungsunternehmen also darüber zu informieren, falls die Leistung bei ihm zu betrieblichen Einkünften führen würde.

Für Fondsgebundene Rentenversicherungen gelten obige Aussagen entsprechend.

Fondsgebundene Versicherungen mit Dynamik

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

Zusatzversicherungen zu Fondsgebundenen Versicherungen

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

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

Rentenleistungen aus Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherungen unterliegen mit dem Ertragsanteil für Leibrenten (§ 22 Nr. 1 Satz 3a) bb) EStG der Einkommensteuer.

Rentenbezugsmitteilung

Versicherungsunternehmen sind gemäß § 22a EStG verpflichtet, der Zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum letzten Tag des Monats Februar des Folgejahres die für den Besteuerungs-

zeitraum zugeflossenen Leibrenten und deren Empfänger zu melden (Rentenbezugsmitteilung).

B. Erbschaftsteuer/Schenkungssteuer

Ansprüche oder Leistungen aus fondsgebundenen Versicherungen und evtl. Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, eine Finanzamtsmitteilung zu machen bei Auszahlung oder zur Verfügungstellung von Versicherungssummen über 5.000 EUR an eine andere Person als den Versicherungsnehmer.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Beiträge zu Lebens- und Rentenversicherungen oder Ansprüche aus diesen Versicherungen, welche durch eine andere Person als den Versicherungsnehmer erbracht werden, sind schenkungssteuerpflichtig, soweit es sich nicht z. B. um Gelegenheitsgeschenke oder Schenkungen zum Bestreiten des Unterhalts und der Ausbildung handelt. Nach § 30 ErbStG ist der Schenker oder Beschenkte verpflichtet, innerhalb von drei Monaten eine Anzeige beim zuständigen Finanzamt über die Schenkung abzugeben. Dies gilt insbesondere, wenn der Wert der einzelnen Schenkung unter dem zulässigen Freibetrag nach § 16 ErbStG ist, aber der gleiche Beschenkte innerhalb von 10 Jahren weitere Schenkungen/Erbschaften erhält, welche in Summe dann größer als der Freibetrag sind. Einer Anzeige nach § 30 ErbStG bedarf es nicht, wenn die Schenkung auf einem von einem deutschen Gericht, Notar oder Konsul eröffneten Testament oder auf einer gerichtlichen oder notariell beurkundeten Schenkung unter Lebenden beruht.

C. Versicherungsteuer

Beiträge zu fondsgebundenen Versicherungen sind nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe a Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der Versicherungsteuer befreit.

Beiträge zu den Zusatzversicherungen von fondsgebundenen Versicherungen sind nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe b Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der Versicherungsteuer befreit, sofern die Ansprüche aus der Versicherung der Versorgung

- der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert („Risikoperson“ bzw. „versicherte Person“) oder
- von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz oder Angehörigen im Sinne des § 15 Abgabenordnung

dienen.

Erlischt gemäß § 4 Absatz 2 VersStG die Steuerbefreiung, so ist nach § 9 Absatz 5 VersStG die Steuer nachzuentrichten, soweit Versicherungsentgelt für einen Zeitraum nach Entfallen der Steuerbefreiung gezahlt worden ist.

Ist Steuer nach § 9 Absatz 5 VersStG nachzuentrichten, so ist der Versicherer zum Zweck der Steuerentrichtung berechtigt, die Steuer beim Versicherungsnehmer nachträglich einzufordern oder im Leistungsfall die Versicherungsleistung entsprechend zu kürzen.

Besondere Hinweise für Rückdeckungsversicherungen

von betrieblichen Versorgungszusagen (Schicht 2)

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2023)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

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

A. Allgemeine Steuerhinweise zu betrieblichen Versicherungen

Ertragsteuern

1. Betriebliche Rentenversicherungen

Beiträge zu betrieblich veranlassten Rentenversicherungen oder Fondsgebundenen Rentenversicherungen (z. B. Rückdeckungsversicherungen zu Pensionszusagen) sind als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig.

Wird der Gewinn durch Einnahmen-/Überschussrechnung (§ 4 Absatz 3 EStG) ermittelt, können die Beiträge zu den Rentenversicherungen

- erst in dem Zeitpunkt abgezogen werden, in dem feststeht, dass keine Leistung fällig wird, oder
- erst in den Kalenderjahren abgezogen werden (nach einer mathematischen oder buchhalterischen Methode), in denen Rentenleistungen gezahlt werden oder
- zu dem Zeitpunkt abgezogen werden, zu dem die Beitragsrückgewähr oder eine Kapitalzahlung anstelle der Rente vereinnahmt wird.

Noch nicht fällige Ansprüche auf Leistungen aus Rentenversicherungen oder Fondsgebundenen Rentenversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, sind bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich zu aktivieren. Bei der Gewinnermittlung durch Einnahmen-/Überschussrechnung entfällt eine Aktivierung der Versicherungsansprüche. Fällige Leistungen aus Rentenversicherungen oder Fondsgebundenen Rentenversicherungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Die Aktivierung ist auf den verbleibenden Anspruch zu vermindern.

2. Betriebliche Risikolebensversicherungen, Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen, Selbständige Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen oder Zusatzversicherungen
Beiträge für betrieblich veranlasste Risikolebensversicherungen, Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen, Selbständige Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen oder für Zusatzversicherungen sind steuerlich abzugsfähig.

Fällige Leistungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Im Gegenzug ist ein gebildeter Aktivwert für die Versicherungsansprüche ggf. aufzulösen oder zu vermindern.

B. Stornoverzicht

Im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung verzichten wir auf die Erhebung von einzelvertraglichen Stornokosten. Sie erhalten im Falle eines Rückkaufs das Vertragsguthaben ungekürzt zurück.

C. Bezugsberechtigung

Bei Rückdeckungsversicherungen zu betrieblichen Versorgungszusagen ist das Bezugsrecht für alle Versicherungsleistungen immer auf den Versicherungsnehmer festgelegt.

Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht

A. Anpassungsprüfungspflicht

Gemäß § 16 Betriebsrentengesetz hat der Arbeitgeber die grundsätzliche Verpflichtung, laufende Versorgungsleistungen alle drei Jahre hinsichtlich einer Anpassung zu prüfen. § 16 Absatz 3 Betriebsrentengesetz regelt allerdings, dass diese Prüfungspflicht entfällt, wenn

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

B. Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für den Rentner

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

Sollte die Summe der Betriebs-Rentenleistungen zudem unter dem Freibetrag von 1/20-tel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV liegen, sind für gesetzlich versicherte Rentner keine Krankenkassenbeiträge zu entrichten.

Für die Pflegeversicherung sind Beiträge auf die gesamte Leistung zu entrichten, sobald die Freigrenze von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße überschritten wird. Erfolgt anstelle der Rentenleistung eine einmalige Kapitaleistung, wird als Bemessungsgrundlage 1/120 der Kapitaleistung herangezogen.

Besondere Bedingungen

für die Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (BUZ)

– Private Vorsorge (Schicht 3) und Rückdeckungsversicherung (Schicht 2)

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Berufsunfähigkeit

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

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (BUZ-B)

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

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

Berufsunfähigkeits-Rente (BUZ-R)

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

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

Wir sind berechtigt, eine Kleinbetragsrente nach § 93 Absatz 3 Satz 2 und 3 EStG abzufinden.

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

Liegen für denselben Zeitraum die Voraussetzungen für verschiedene Leistungsauslöser aus diesem Vertrag vor, werden die Leistungen miteinander verrechnet. Die Leistungen werden nur einmal erbracht. Dies gilt auch, wenn die Leistungsauslöser auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sind.

Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

(2) Wir bieten der versicherten Person bei Eintritt von Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 kostenlos eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch von uns beauftragte anerkannte Spezialisten an. Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll bestätigte Maßnahmen werden von unseren Spezialisten eingeleitet und begleitet. Maßnahmen sind sinnvoll, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass dadurch die Aufnahme einer Berufstätigkeit erfolgen kann. Wir übernehmen während der Versicherungsdauer die Kosten für eine vollständig durchgeführte Maßnahme. Die Kosten übernehmen wir jedoch maximal bis zum Sechsfachen der vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Entstehen des Anspruchs auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(3) Der Anspruch auf Leistung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 dieser Bedingungen eingetreten ist.

Bei einer vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf die Leistungen frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Endet die Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Leistungen während der Wartezeit nur, wenn der Eintritt der Berufsunfähigkeit allein auf ein nach Beginn der Versicherung eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen ist (vgl. § 1 Absatz 9). Tritt Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund vor Ablauf der Wartezeit ein, erlischt die BUZ zu diesem Zeitpunkt. Die bis zu diesem Zeitpunkt bereits gezahlten Beiträge werden nicht zurückerstattet. Für eine nach Ablauf der Wartezeit eintretende Berufsunfähigkeit leisten wir unabhängig von deren Ursache, soweit in § 3 Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

Erlöschen des Anspruchs auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(4) Der Anspruch auf Leistung erlischt mit Ablauf des Monats,

- in welchem der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt,
- bei Berufsunfähigkeit infolge Dienstunfähigkeit auch, sofern eine erneute Berufung in das Dienstverhältnis erfolgt,
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das erforderliche Ausmaß (vgl. § 2 Absatz 9) sinkt,
- in welchem die versicherte Person stirbt,
- oder in welchem die Leistungsdauer der BUZ endet.

Verspätete Anzeige

(5) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer der Anspruch auf Berufsunfähigkeit angemeldet, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so erbringen wir die Leistung, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Beitragszahlung während Anspruchsprüfung

(6) Während der Dauer der Anspruchsprüfung stunden wir – auf Ihren Antrag in Textform hin – die fälligen Beiträge zinslos bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gemäß § 5. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung stunden wir die Beiträge darüber hinaus bis zum rechtsverbindlichen Abschluss des Verfahrens, höchstens jedoch für eine Dauer von insgesamt fünf Jahren. Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erfolgt in einem Betrag spätestens am Ende des Stundungszeitraumes oder in maximal 24 Monatsraten (Einzelrate mind. 25 EUR). Sofern die Voraussetzungen vorliegen, kann der Ausgleich auf Wunsch durch eine Herabsetzung der Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik erfolgen. Zahlen Sie die Beiträge während der Anspruchsprüfung weiter, so werden wir diese bei Feststellung oder Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Dynamik im Leistungsfall von BUZ-B

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

- a) Voraussetzung für die Dynamik im BUZ-B-Leistungsfall ist, dass zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit die planmäßige Erhöhung in die Hauptversicherung eingeschlossen ist.
- b) Die Leistung aus der BUZ-B steigt jährlich um den hierfür vereinbarten Prozentsatz – erstmalig zum Jahrestag, der auf den Monat des Eintritts der Berufsunfähigkeit folgt. Der Mehrbeitrag wird zur Erhöhung der Versicherungssumme der Hauptversicherung verwendet. Sofern die Hauptversicherung eine KLV ist, richtet sich die Aufteilung auf Todes- und Erlebensfallsumme an dem gewählten Dynamikmodell in der aktiven Zeit (Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung in der Kapitallebensversicherung, § 3 Absatz 2). Die Leistungen der Hauptversicherungen werden somit auch im Falle einer Berufsunfähigkeit weiter erhöht. Einzelheiten zur Berechnung der Erhöhung sind in den Besonderen Bedingungen für die Anpassungsversicherung (vgl. § 3 Absatz 1) festgelegt. Die Erhöhungen erfolgen, solange Anspruch auf Beitragsbefreiung aus BUZ-B besteht.
- c) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Beitragsbefreiung endet, lebt Ihre Pflicht zur Zahlung der Beiträge für die

Hauptversicherung und alle Zusatzversicherungen wieder auf. Die Höhe des Beitrags bemisst sich an den zu diesem Zeitpunkt geltenden versicherten Leistungen, einschließlich etwaiger Erhöhungen aus der dynamischen Anpassung im Falle der Berufsunfähigkeit.

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

Rentendynamik der BUZ-R im Rentenbezug

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

- a) Die Erhöhungen erfolgen, solange Leistungen aus der Versicherung erbracht werden. Gleiches gilt auch während der Dauer einer eingeschlossenen Karenzzeit.
- b) Die garantierten Renten im Rentenbezug steigen um den vereinbarten Prozentsatz jeweils jährlich zur Hauptfälligkeit, die auf den Monat folgt, in dem der Leistungsfall eingetreten ist. Bezugsgröße sind die jeweiligen Vorjahresrenten.

Unfall bei vereinbarter Wartezeit

(9) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

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

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- a) Unfälle, die auf Geistes- oder Bewusstseinsstörungen zurückzuführen sind, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbloodungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Absatz 9 Satz 1 die überwiegende Ursache ist.
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- d) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- e) Infektionen:
Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie verursacht wurden durch
– Insektenstiche oder -bisse oder
– sonstige Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind, und durch welche Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangt sind. Für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.

kung; ebenso entfällt diese Einschränkung, wenn die Krankheitserreger durch ein unter Absatz 9 Satz 1 fallendes Unfallereignis in den Körper gelangt sind.

- f) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- g) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- h) Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

Leistung infolge Arbeitsunfähigkeit

(10) Sofern Sie bei Vertragsabschluss auch Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit mit uns vereinbart haben, erbringen wir – je nach vertraglicher Vereinbarung – folgende Leistungen:

- Beitragsbefreiung
Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Die Beitragszahlungspflicht entfällt auch bei einer eingeschlossenen Karenzzeit. Die Beitragszahlungspflicht entfällt ab der nächsten Beitragsfälligkeit, die auf den Eintritt unserer Leistungspflicht folgt. Endet unsere Leistungspflicht innerhalb eines Beitragszahlungsabschnitts, so sind für den Zeitraum von der Beendigung unserer Leistungspflicht bis zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin keine anteiligen Beiträge zu zahlen.
- Rente
Zahlung einer Rente in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Arbeitsunfähigkeitsleistungen zahlen wir monatlich rückwirkend.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Körperverletzung ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung oder der Körperverletzung ausführen kann. Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 Sozialgesetzbuch (SGB V) stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

Wir erbringen Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit, solange die versicherte Person arbeitsunfähig ist, maximal jedoch für 24 Monate. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer mehrfach arbeitsunfähig gewesen ist, ist die Leistungsdauer für alle Arbeitsunfähigkeiten insgesamt auf maximal 24 Monate begrenzt. Arbeitsunfähigkeitsleistungen können je nach Dauer der vereinbarten Karenzzeit gänzlich entfallen.

Entstehen des Anspruchs auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist, wenn die versicherte Person entweder

- während der Versicherungsdauer seit mindestens vier Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen gewesen ist und voraussichtlich für weitere zwei Monate ununterbrochen arbeitsunfähig sein wird, oder
- während der Versicherungsdauer mindestens sechs

Monate ununterbrochen arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen gewesen ist.

Wird uns die Arbeitsunfähigkeit später als neun Monate nach dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit begründenden Zustandes mitgeteilt, so entsteht ein Anspruch erst mit Beginn des Monats der Mitteilung und auch nur dann, wenn zu diesem Zeitpunkt noch ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat. Dies gilt nicht, wenn die verspätete Meldung ohne schuldhaftes Versäumen der versicherten Person erfolgt ist.

Bei einer vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Endet die Arbeitsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen während der Wartezeit nur, wenn der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit allein auf ein nach Beginn der Versicherung eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen ist (vgl. Absatz 9). Für eine nach Ablauf der Wartezeit eintretende Arbeitsunfähigkeit leisten wir unabhängig von deren Ursache, soweit in § 3 Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

Erlöschen des Anspruchs auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen erlischt mit Ablauf des Monats,

- in welchem die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person endet,
- in welchem die versicherte Person stirbt,
- oder in welchem die Leistungsdauer der Versicherung endet.

Wenn bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit gemäß § 2 dieser Bedingungen eingetreten ist und wir für den Zeitraum seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bereits Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, so werden diese Leistungen mit den für diesen Zeitraum fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet und bei der maximalen Leistungsdauer von 24 Monaten nicht berücksichtigt.

Wenn wir Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt, zu prüfen, ob bei der versicherten Person nach wie vor Arbeitsunfähigkeit besteht.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Arbeitsunfähigkeitsleistungen.

Die Regelungen zu zeitlich befristeten Anerkennnissen gemäß § 5 Absätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit.

Leistungen infolge Wegfalls von Krankentagegeldzahlungen durch den privaten Krankenversicherer oder Leistungen infolge Wegfalls von Krankengeldzahlungen durch den gesetzlichen Krankenversicherer aufgrund voller unbefristeter Erwerbsminderung (Überbrückungshilfe)

(11) Hat die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer erworben und wird diese Zahlung eingestellt, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung vorliegt, erbringen wir Leistungen in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und gewähren Beitragsbefreiung als Überbrückungshilfe.

Hat die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer erworben und wird diese Zahlung eingestellt, weil aus medizinischen Gründen eine volle unbefristete Erwerbsminderung im Sinne der Bedingungen der Deutschen Rentenversicherung vorliegt, erbringen wir Leistungen in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und gewähren Beitragsbefreiung als Überbrückungshilfe.

Überbrückungshilfe kann nur dann beantragt werden, wenn zeitgleich Leistungen infolge Berufsunfähigkeit beantragt werden.

Entstehen des Anspruchs auf Leistungen der Überbrückungshilfe

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Krankentagegeldzahlungen des privaten Krankenversicherers oder die Krankengeldzahlungen des gesetzlichen Krankenversicherers entfallen. Geht uns diese Entscheidung erst nach der Leistungseinstellung zu, so entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe erst mit Beginn des Monats des Zugangs, sofern zu diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz besteht. Dies gilt nicht, wenn die verspätete Meldung ohne schuldhaftes Versäumen der versicherten Person erfolgt ist.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe während der Wartezeit nur, wenn die Krankentagegeldzahlungen des privaten Krankenversicherers allein auf ein in der Wartezeit eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen sind (vgl. Absatz 9).

Erlöschen des Anspruchs auf Leistungen der Überbrückungshilfe

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe erlischt mit Ablauf des Monats

- unserer Leistungsentscheidung, spätestens mit Ablauf des 12. Monats der Leistung der Überbrückungshilfe,
- in welchem die versicherte Person stirbt,
- oder in welchem die Leistungsdauer der Versicherung endet.

Ergibt unsere Prüfung, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, müssen als Überbrückungshilfe erbrachte Leistungen nicht zurückgezahlt werden.

Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Leistungen bei Überbrückungshilfe.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben. Als Berufe zählen auch die Tätigkeiten von Schülern, Auszubildenden und Studierenden. Auch bei diesen Berufen kommt es darauf an, wie sie unmittelbar vor Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung konkret ausgestaltet waren. Als Beruf des Schülers gilt die Teilnahme am regulären Schulunterricht an einer allgemeinbildenden Schule.

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Konkrete Verweisung

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

Für Schüler gilt darüber hinaus: Absolviert die versicherte Person eine berufliche Ausbildung oder ein Studium, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Für Auszubildende gilt darüber hinaus: Absolviert die versicherte Person eine andere berufliche oder schulische Ausbildung, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Für Studierende gilt darüber hinaus: Betreibt die versicherte Person ein anderes Studium, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht oder übt sie eine andere, ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Als eine der Ausbildung und der Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird im Regelfall eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht deutlich unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs liegt. Bei der Entscheidung über die Vergleichbarkeit berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls in Anlehnung an die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Die zumutbare Einkommensminderung beträgt maximal 20 %.

Für Auszubildende, die sich bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in der zweiten Hälfte der jeweiligen Ausbildungszeit eines in Deutschland staatlich anerkannten Ausbildungsberufes befinden, gilt: Zur Beurteilung der Lebensstellung wird diejenige

Vergütung und soziale Wertschätzung herangezogen, die Auszubildende normalerweise unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung mit Eintritt in den Beruf erreichen, zu dem diese Ausbildung befähigt.

Für Studierende wird zur Beurteilung der Lebensstellung diejenige Vergütung und soziale Wertschätzung herangezogen, die Studierende normalerweise unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss des Studiums mit Eintritt in einen Beruf erreichen, zu dem dieses Studium befähigt, und der mit dem belegten Studiengang angestrebt wird, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die versicherte Person ist bei Eintritt der Berufsunfähigkeit an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Dualen Hochschule (DH) immatrikuliert;
- die versicherte Person befindet sich bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in der zweiten Hälfte der von der jeweiligen Prüfungs- und Studienordnung vorgesehenen Studienzeit.

Berufsunfähigkeit Selbständiger

Für Selbständige gilt: Für die Feststellung, ob die versicherte Person berufsunfähig ist, kommt es neben der konkreten Ausgestaltung der Tätigkeit auch auf die Direktions- und Organisationshoheit an. Wenn der Arbeitsplatz oder der Tätigkeitsbereich in zumutbarer Weise umorganisiert werden können, oder umorganisiert sind, so dass der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt, der der Lebensstellung entspricht, liegt ebenso keine Berufsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf vor. Ist eine Umorganisation tatsächlich erfolgt, die der versicherten Person einen ausreichenden Tätigkeitsbereich lässt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt auch keine Berufsunfähigkeit vor.

Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf das Unternehmen realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Inwieweit der erforderliche oder eingesetzte Kapitalaufwand erheblich ist, beurteilt sich an den Umständen des Einzelfalles.

Als eine der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht deutlich unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs liegt. Bei der Entscheidung über die Vergleichbarkeit berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalles in Anlehnung an die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Die zumutbare Einkommensminderung beträgt maximal 20 %.

Wir verzichten auf die Prüfung einer möglichen Umorganisation, wenn der Selbständige in den letzten drei Jahren vor Beginn der zur Berufsunfähigkeit führenden Erkrankung ununterbrochen mindestens zehn Vollzeitmitarbeitende beschäftigt hat.

Auf eine Prüfung einer möglichen Umorganisation verzichten wir – unabhängig von der Anzahl der Mitarbeiter – ebenfalls

bei

- Rechts- und Patentanwälten,
- Notaren,
- Wirtschaftsprüfern,
- vereidigten Buchprüfern,
- Steuerberatern und Steuerbevollmächtigten.

Wir verzichten ferner auf die Prüfung einer möglichen Umorganisation, wenn der Selbständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit, – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – mindestens zu 90 % kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausgeübt hat.

Ist eine Umorganisation tatsächlich erfolgt, die der versicherten Person einen ausreichenden Tätigkeitsbereich lässt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Einmalige Hilfe nach Umorganisation

Wenn der Anspruch auf Leistung infolge Berufsunfähigkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil die versicherte Person ihren Betrieb umorganisieren könnte oder umorganisiert hat, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Hierfür müssen Sie eine Rente mitversichert haben, und die Leistungsdauer muss noch mindestens zwölf Monate betragen. Wird die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten nach Gewährung der einmaligen Hilfe aus dem gleichen medizinischen Grund berufsunfähig, rechnen wir die einmalige Hilfe auf die Leistung infolge Berufsunfähigkeit an.

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

(3) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit, es sei denn, sie übt eine andere ihrer Ausbildung, Erfahrung und Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret aus.

Berufsunfähigkeit bei Tätigkeit in Teilzeit

(4) Übt die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts des Leistungsfalls eine entgeltliche berufliche Tätigkeit zeitlich eingeschränkt aus (Tätigkeit in Teilzeit), erfolgt eine Günstigerprüfung. Übt die versicherte Person mehrere Teilzeit-Tätigkeiten aus, so legen wir die Arbeitszeit all dieser Tätigkeiten in Summe zugrunde.

Die Frage, was als Tätigkeit in Teilzeit gilt, orientiert sich an der tarifvertraglich oder vom jeweiligen Arbeitgeber festgelegten Vollzeitstelle. Im Zweifel sowie bei Selbständigen gilt eine Tätigkeit von unter 35 Stunden pro Woche als Tätigkeit in Teilzeit.

Für die Günstigerprüfung bei Teilzeittätigkeit gilt:

Es wird zunächst geprüft, ob die versicherte Person ihre zuletzt vor Eintritt des Leistungsfalls ausgeübte berufliche Tätigkeit in Teilzeit in ihrer konkreten Ausgestaltung noch zu mehr als 50% ausüben kann. Ist dies nicht der Fall, erhält die versicherte Person die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

Stellt sich heraus, dass die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit in Teilzeit in ihrer konkreten Ausgestaltung noch zu mehr als 50% ausüben kann, so wird zugunsten der versicherten Person zusätzlich geprüft, ob sie diese Tätigkeit in Teilzeit noch mindestens 3 Stunden pro Arbeitstag ausüben könnte. Ist dies nicht der Fall, so erhält die versicherte Person ebenso die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

(5) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden wegen einer eingetretenen Berufsunfähigkeit Leistungen beantragt, gilt für die Frage, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, die Definition in Absatz 1 bis 3 entsprechend. Dabei werden der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf und die damit zu diesem Zeitpunkt erreichte Lebensstellung zu Grunde gelegt. Eine Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit wegen Mutterschutz, Elternzeit, Wehr- oder Bundesfreiwilligendienst oder aus vergleichbarem Anlass ist kein Ausscheiden aus dem Berufsleben im Sinne von Satz 1.

Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots

(6) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn

- eine behördliche Verfügung der versicherten Person gem. § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit fortzuführen,
- sich dieses Verbot auf einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt, und
- die versicherte Person auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung (vgl. § 2 Abs. 1) entspricht.

Die Prüfung der Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots erfolgt auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in der Fassung vom 27.03.2020.

Betrifft das Tätigkeitsverbot nur einen Teil der bisherigen Berufstätigkeit, liegt auch nur teilweise Berufsunfähigkeit vor.

Leistung infolge Pflegebedürftigkeit

(7) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der Absätze 9 bis 11 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(8) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer infolge Pflegebedürftigkeit berufsunfähig (vgl. Absatz 7) und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, so erbringen wir dennoch – je nach vertraglicher Vereinbarung – die in § 1 Absatz 1 genannten Versicherungsleistungen.

(9) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für eine der in Absatz 10 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(10) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der täglichen persönlichen Hilfe. Dabei wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim ...

- Fortbewegen im Zimmer
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- Aufstehen und Zubettgehen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken kann.
- Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor. Dies gilt ebenso, wenn die Entleerung des Darms nur durch eine Stomaversorgung oder die Entleerung der Blase nur durch Einsatz eines Katheters möglich ist.

(11) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der in Absatz 9 genannten Kriterien liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Leistungen infolge Pflegebedürftigkeit.

Leistung infolge voller unbefristeter Erwerbsminderung

(12) Wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind, gilt die versicherte Person ebenfalls als berufsunfähig:

- Die versicherte Person erhält eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung von der Deutschen Rentenversicherung gemäß § 43 Abs. 2 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 22.03.2020. Danach liegt eine volle Erwerbsminderung vor, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.
- Die versicherte Person ist bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt.
- Dieser Vertrag besteht bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung seit mindestens 10 Jahren und hat eine Restlaufzeit (Versicherungsdauer) von höchstens 15 Jahren.
- Die versicherte Person muss uns auf Verlangen nachweisen, dass Grundlage der vollen Erwerbsminderung ausschließlich ein medizinischer Grund ist.

Die Rente wegen voller Erwerbsminderung zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, zu dem die Deutsche Rentenversicherung den Anspruch auf die volle Erwerbsminderungsrente anerkannt hat. Ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, der für den Zeitraum vor Anerkennung durch die Deutsche Rentenversicherung bestanden hat, bleibt hiervon unberührt. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Leistungen infolge voller unbefristeter Erwerbsminderung.

Leistung infolge allgemeiner Dienstunfähigkeit

(13) Sofern Sie bei Vertragsabschluss Leistungen wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit mit uns vereinbart haben und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind, gilt die versicherte Person auch als berufsunfähig:

- wenn sie als Beamter wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit vor Erreichen der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenze ausschließlich aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand versetzt oder entlassen worden ist, und
- diese Versetzung in den Ruhestand oder diese Entlassung zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Anspruch unverändert fortbesteht, und
- die zur Entlassung wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit führenden gesundheitlichen Gründe zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Anspruch mindestens unverändert fortbestehen.

Die Regelungen zur Leistung infolge allgemeiner Dienstunfähigkeit gelten für Kirchenbeamte, Soldaten und Richter entsprechend.

Die Möglichkeit der konkreten Verweisung gemäß § 2 Abs. 1 dieser Bedingungen bleibt von den Regelungen zur Leistung infolge allgemeiner Dienstunfähigkeit unberührt.

Die Rente wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, zu dem die Versetzung in den Ruhestand oder die Entlassung wirksam geworden ist. Ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, der für den Zeitraum vor einer Versetzung in den Ruhestand oder Entlassung wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit ausschließlich aus gesundheitlichen Gründen bestanden hat, bleibt hiervon unberührt. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

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

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

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

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch es Verbrechen oder Vergehens durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind – auch bei Vorsatz – versichert.
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Der Versicherungsschutz für die BUZ besteht weltweit.

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

(1) Wenn Sie Leistungen aus der BUZ beanspruchen, haben Sie die Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen nachzuweisen. Dazu können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiter können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns alle Angaben machen, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit).

Leistungsregulierung und Nachregulierungen aus diesem Vertrag werden in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Einzureichende Unterlagen, insbesondere ärztliche Berichte und Untersuchungen, werden nur anerkannt, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Sie können uns selbstverständlich kontaktieren, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

(2) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung beansprucht, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie zum Nachweis über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person, z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen sowie ihre jeweiligen Veränderungen;
- bei Studierenden zusätzlich eine Immatrikulationsbescheinigung betreffend den Zeitpunkt der Berufsunfähigkeit, den Nachweis, dass es sich um eine staatlich anerkannte Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Duale Hochschule (DH) handelt, sowie den Nachweis, dass die zweite Hälfte der von der jeweiligen Prüfungs- und Studienordnung vorgesehenen Studienzeit (vgl. § 2 Absatz 1) erreicht ist;
- bei Auszubildenden zusätzlich eine Ausbildungsbescheinigung betreffend den Zeitpunkt der Berufsunfähigkeit, den Nachweis, dass der angestrebte Ausbildungsberuf in Deutschland staatlich anerkannt ist sowie den Nachweis, dass die zweite Hälfte der jeweiligen Ausbildungszeit (vgl. § 2 Absatz 1) erreicht ist;
- bei Schülern eine aktuelle Schulbescheinigung einer allgemeinbildenden Schule;

- bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
- bei voller Erwerbsminderung zusätzlich einen Bescheid der Deutschen Rentenversicherung, der die Leistung wegen voller Erwerbsminderung und den Beginn der Rentenzahlungen dokumentiert.

Bei allgemeiner Dienstunfähigkeit sind uns neben dem Versicherungsschein folgende Unterlagen einzureichen:

- die amtsärztlichen oder sonstigen ärztlichen Gutachten oder medizinischen Beurteilungen, die der Feststellung der Dienstunfähigkeit zugrunde liegen;
- die Verfügung über die beabsichtigte Versetzung in den Ruhestand oder die beabsichtigte Entlassung aus dem Beamtenverhältnis;
- die Urkunde über die Versetzung in den Ruhestand oder die Entlassung aus dem Beamtenverhältnis;
- bei Versetzung in den Ruhestand einen Nachweis über die Auszahlung des Ruhehaltes sowie dessen Höhe.

Werden Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit beansprucht, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit;
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten ausgestellte ärztliche Bescheinigungen entsprechend § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) in der Fassung vom 01.01.2023 oder gleichwertige ärztliche Atteste, die die Arbeitsunfähigkeit nachweisen. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt für die zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung ausgestellt worden sein. Die Bescheinigungen müssen die Diagnose mit ICD-10 Nummer enthalten. Alternativ reicht es aus, wenn Sie uns auf die gleiche Weise Arbeitsunfähigkeit für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens vier Monaten nachweisen, sofern von einem Facharzt für die zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung bescheinigt wird, dass die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums andauert.

Werden Leistungen als Überbrückungshilfe beantragt, benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- bei Wegfall von Krankentagegeldzahlungen durch den privaten Krankenversicherer: die Mitteilung des privaten Krankenversicherers über die Einstellung der Krankentagegeldzahlungen aus medizinischen Gründen wegen Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung;
- bei Wegfall von Krankengeldzahlungen durch den gesetzlichen Krankenversicherer: die Mitteilung des gesetzlichen Krankenversicherers über die Einstellung der Krankengeldzahlungen aus medizinischen Gründen wegen voller unbefristeter Erwerbsminderung.

Kosten, die im Zusammenhang mit der Einreichung vom Unterlagen gemäß § 4 Absatz 1 und 2 zum Nachweis eines

Anspruchs entstehen, hat der Anspruchshebende zu tragen.

(3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Wenn Sie für die geforderte Untersuchung reisen müssen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Notwendige Feststellungen sind auch Auskünfte oder Aufklärungen und Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen sowie die Auskünfte, die dem Versicherer die Prüfung ermöglichen, ob bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden.

Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder sonstigen Heilbehandlern, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, anderen Personenversicherern und frühere und aktuelle Krankenkassen (gesetzliche und private), Sozialversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten sowie derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann. Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung haben die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs.

Werden Leistungen infolge allgemeiner Dienstunfähigkeit beansprucht, die ausschließlich aus gesundheitlichen Gründen eingetreten ist, verzichten wir auf unser Recht gemäß § 4 Abs. 3 Satz 1-7.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist grundsätzlich nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung. Ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten. Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete oder empfohlene, insbesondere operative Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung des Leistungsanspruchs aus dieser Versicherung nicht entgegen.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Arbeitstagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungs-

pflcht anerkennen.

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

(3) In Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Ein sachlicher Grund kann sich aus uneindeutigen Nachweisen über das Vorliegen, den Beginn, die Dauer oder den Grad von Berufsunfähigkeit ergeben. Ein sachlicher Grund kann ferner gegeben sein, wenn aus medizinischen, beruflichen bzw. betrieblichen Gründen eine Besserung der Beeinträchtigungen innerhalb des Befristungszeitraums objektiv zu erwarten ist (z. B. Reha-Maßnahme, Wiedereingliederung), so dass die Anspruchsvoraussetzungen wegfallen.

Verweisung und Nachprüfung sind für die Zeit der Befristung ausgeschlossen. Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen fordern wir auch dann nicht zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass sich ein bedingungsgemäßer Anspruch nicht nachweisen ließ.

(4) Wir werden Sie bereits vor Ablauf der Befristung darüber informieren, dass wir nach Ablauf der Befristung das Vorliegen bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit prüfen werden, soweit Sie dieses wünschen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern. Für diese erneute Prüfung gelten die Grundsätze der Erstprüfung.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

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

(2) Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses nach § 5 erfolgt keine Nachprüfung.

(3) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend.

Erbringen wir Leistungen, weil die versicherte Person wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt wurde, verzichten wir auf die Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte, sofern und solange uns ein Nachweis über die Fortzahlung von Ruhegehaltsbezügen wegen Dienstunfähigkeit vorgelegt wird.

(4) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung einer beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, können wir unsere Leistungen einstellen (vgl. § 2 Absätze 8 bis 10). Absatz 6 Satz 2 bis 3 gilt entsprechend.

(6) Ist die Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, können wir unsere Leistungen einstellen. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt die versicherte Person können wir die Leistungen bereits mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem der Tod eingetreten ist.

(7) Ist die Berufsunfähigkeit bei Anzeige der Berufsunfähigkeit wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem die Berufsunfähigkeit weggefallen ist.

Übt die versicherte Person, die wegen versicherter Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt oder entlassen worden ist, zum Zeitpunkt der Anzeige ihrer Dienstunfähigkeit bereits eine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, können wir die Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem sie die neue Tätigkeit aufgenommen hat.

(8) Stellen wir die Leistung nach Absatz 6 ein und geht die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt weder ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit noch einer anderen beruflichen Tätigkeit nach, zahlen wir eine Kapitalleistung in Höhe des Sechsfachen der zuletzt gezahlten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Die Zahlung erfolgt mit Ablauf des Monats, der auf das Wirksamwerden der Einstellung der Leistungen gemäß Absatz 6 folgt. Stirbt die versicherte Person vor diesem Zeitpunkt, so erbringen wir diese Kapitalleistung nicht.

Voraussetzung ist, dass der Zeitraum zwischen Wirksamwerden der Einstellung unserer Leistungen gemäß Absatz 6 und dem Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer mindestens zwölf Monate beträgt.

Eine Anrechnung der Kapitalleistung auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erfolgt nicht. Die Kapitalleistung können Sie während der Laufzeit des Vertrages gegebenenfalls mehrfach erhalten, sofern die Voraussetzungen gegeben sind.

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 6 von Ihnen, der versicherten Person 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus der BUZ bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. **Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühstens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.**

§ 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

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

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

(2) **Eine BUZ können Sie für sich allein kündigen. In ihren letzten fünf Versicherungsjahren kann die BUZ jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Ein Rückkaufwert steht nicht zur Verfügung. Gegebenenfalls zur Verfügung stehende nicht verbrauchte Beitragsteile erstatten wir. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung.**

Von dem so ermittelten Betrag wird ein Abzug einbehalten. Er beträgt 65 % dieses Betrags, mindestens jedoch 5 % der garantierten jährlichen Berufsunfähigkeitsleistung. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Darüber hinaus wird mit dem Abzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt. Beitragsrückstände werden verrechnet.

(3) Eine beitragsfreigestellte BUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – die nicht verbrauchten Beitragsteile

zurück. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung. Ein Abzug wird nicht erhoben.

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

Von dem so ermittelten Betrag erheben wir den in Absatz 2 beschriebenen Abzug. Beitragsrückstände werden verrechnet. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Darüber hinaus wird mit dem Abzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

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

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

(5) Die BUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die Umwandlung ist jedoch nur möglich, wenn das Deckungskapital der BUZ ausreicht, eine beitragsfreie Mindestrente zu erreichen. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Todesfallsumme bzw. der Jahresleistung bei der Rentenversicherung bzw. der Beitragssumme bei einer Fondsgebundenen Versicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht geändert. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung der nicht verbrauchten Beitragsteile und Abzüge gemäß Absatz 2.

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

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

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

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

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

(11) Abweichend von den Regelungen zum Bezugsrecht für die Hauptversicherung können Bezugsrechte nur zu Gunsten der versicherten Person oder zu Gunsten eines der folgenden Angehörigen der versicherten Person vereinbart werden:

- Ehegatten / eingetragene Lebenspartner,
- Verwandte in gerader Linie z.B. Eltern, (Adoptiv-)Kinder, (Ur-)Enkel, (Ur-)Großeltern,
- Geschwister und deren Ehegatten / eingetragene Lebenspartner,
- Geschwister der Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner,
- Kinder der Geschwister,
- Pflegeeltern / -kinder,
- Verschwägerte in gerader Linie z.B. Schwieger- / Stiefeltern, Schwieger- / Stiefkinder,
- Pflegekinder des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners,
- Geschwister der Eltern.

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

§ 10 Wann können Sie in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?

(1) Kündigen Sie oder stellen Sie Ihren Vertrag teilweise oder vollständig beitragsfrei, so können Sie Ihren Berufsunfähigkeitsschutz in einem separaten selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung aufrechterhalten.

(2) Für den neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrag gilt:

- Das Ende der Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer bleibt gegenüber der bisherigen Berufsunfähigkeitsversicherung unverändert.
- Der Beitragsberechnung werden das zum Beginn der Versicherung des neuen Vertrags erreichte rechnungsmäßige Alter und der für den Neuzugang offene Tarif mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Dabei ist das rechnungsmäßige Alter die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Beginns der Versi-

- cherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- Alle sonstigen dem bisherigen Vertrag zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen, wie Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln, gelten auch für den neuen Vertrag.
- Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente aus dem neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrag darf nicht höher sein als die Differenz zwischen bisheriger Berufsunfähigkeitsrente und beitragsfreier Berufsunfähigkeitsrente dieser BUZ. Bei Beitragsverrechnung als Form der Überschussverwendung im bisherigen Vertrag entspricht dies der garantierten Rente inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik. Bei BUBonus als Form der Überschussverwendung entspricht dies der garantierten Rente zuzüglich Bonus, inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik.

(3) Den Antrag auf Abschluss des selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrags können Sie innerhalb von 3 Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung oder der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung stellen. Bei Wiederinkraftsetzung Ihrer Hauptversicherung kann die BUZ nicht ohne erneute Risikoprüfung reaktiviert werden. Der Berufsunfähigkeitsschutz bleibt im separaten Vertrag versichert.

§ 11 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz verlängern?

(1) Sie haben das Recht, Ihre BUZ in einer neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (Anschlussvertrag) bei Wahrung der Vertragsidentität im Übrigen weiter zu führen, wenn der bisherige Vertrag, zu dem die Verlängerungsoption eingeräumt wurde, für die BUZ-Rente folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person zum Beginn der Versicherung beträgt höchstens 30 Jahre. Dabei ist das rechnungsmäßige Alter die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Beginns der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- Die BUZ endet spätestens in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr erreicht.
- Die Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer ist kürzer als die vereinbarte Leistungsdauer.

(2) Über Ihr Recht auf Verlängerung der Berufsunfähigkeitsrente werden wir Sie rechtzeitig vor Ende der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente im bisherigen Vertrag schriftlich informieren. Auf Wunsch kann Ihr Versicherungsvermittler Ihnen ein Verlängerungsangebot erstellen. Besteht zum Zeitpunkt des Verlängerungstermins eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit, erhalten Sie das Schreiben bei Wegfall der Berufsunfähigkeit.

(3) Das Recht auf den Anschlussvertrag erlischt, wenn Sie nicht mindestens einen Monat vor Ende der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente im bisherigen Vertrag einen Verlängerungsantrag eingereicht haben. Sie haben das Recht, von der Möglichkeit der Verlängerung bereits vorzeitig Gebrauch zu machen. Auf Wunsch erstellen wir Ihnen ein Angebot.

(4) Für den Anschlussvertrag gilt:

- Der Vertrag beginnt zum Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer der BUZ-Rente des bisherigen Vertrages bzw. bei vorzeitiger Verlängerung zu dem gewünschten Termin. Die BUZ-Rente aus dem bisherigen Vertrag endet zu diesem Zeitpunkt. Der Altersvorsorgevertrag mit BUZ-Beitragsbefreiung bleibt ansonsten unverändert bestehen.
- Das Ende der Leistungsdauer bleibt gegenüber dem bisherigen Vertrag unverändert.
- Das Ende der Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer entspricht dem Ende der Leistungsdauer.
- Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente entspricht der Rente des bisherigen Vertrages zum Zeitpunkt der Verlängerung. Bei Beitragsverrechnung als Form der Überschussverwendung im bisherigen Vertrag entspricht dies der garantierten Rente inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik. Bei BU-Bonus als Form der Überschussverwendung entspricht dies der garantierten Rente zuzüglich Bonus, inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik.
- Der Beitragsberechnung werden das zum Beginn der Versicherung des neuen Vertrages erreichte rechnungsmäßige Alter und der für den Neuzugang offene Tarif zugrunde gelegt.
- Alle sonstigen dem bisherigen Vertrag zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen für den Berufsunfähigkeitsschutz, wie Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln, gelten auch für den neuen Vertrag.

(5) Sie haben das Recht, den Versicherungsschutz des Anschlussvertrages ohne erneute medizinische Risikoprüfung bis zu 50 % der aktuellen Berufsunfähigkeitsrente zu erhöhen. Für den Erhöhungsteil gilt eine Wartezeit von sechs Monaten. Tritt eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit während dieser Wartezeit ein, so wird für den Erhöhungsteil keine Leistung fällig.

Für den Erhöhungsteil behalten wir uns das Recht auf eine finanzielle Risikoprüfung vor. Diese Angemessenheitsprüfung der beantragten BU-Rente erfolgt in Abhängigkeit von den bestehenden Vorversicherungen und dem erzielten Einkommen im Rahmen unserer Annahmerichtlinien. Die Erhöhungsoption besteht nicht, wenn die versicherte Person während der Laufzeit des bisherigen Vertrages eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit hat oder hatte. Darüber hinaus darf zum Zeitpunkt der Verlängerung keine Berufsunfähigkeit angezeigt oder anerkannt worden sein. In diesem Fall erfolgt, wie oben beschrieben, die Verlängerung ohne Erhöhung.

(6) Im Falle einer Anzeigepflichtverletzung bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung zum bisherigen Vertrag stehen uns die Rechte nach §§ 19 Absätze 2 bis 4 und 22 VVG (Rücktritt, Kündigung, Vertragsanpassung, Anfechtung) auch mit Wirkung für den Anschlussvertrag zu. Die hierfür jeweils geltenden gesetzlichen und vertraglichen Fristen beginnen mit dem Anschlussvertrag nicht neu zu laufen.

§ 12 Was gilt bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit oder bei nachträglichem Einschluss einer Dienstunfähigkeits-Absicherung?

(1) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer ihre berufliche Tätigkeit wechselt, prüfen wir ohne

erneute Gesundheitsprüfung auf Antrag, ob sich durch den Wechsel der Tätigkeit die Berufsgruppeneinstufung ändert. Sofern die Prüfung ergibt, dass der Tätigkeitswechsel zu einer Berufsgruppeneinstufung mit einem niedrigeren Beitrag führt, berechnen wir den künftigen Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode mit den Rechnungsgrundlagen, die bei Vertragsbeginn für diese Berufsgruppeneinstufung gültig waren. Anderenfalls führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag fort. Bei einer Reduzierung des Beitrags behalten alle anderen Vereinbarungen zum Vertrag weiterhin Gültigkeit.

(2) Wir prüfen die Auswirkungen des Wechsels der beruflichen Tätigkeit nach Absatz 1, wenn die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Die Beantragung erfolgt vor Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person.
- Die versicherte Person hat bereits mindestens seit 6 Monaten in der neuen beruflichen Tätigkeit gearbeitet.
- Der Wechsel der beruflichen Tätigkeit erfolgt innerhalb der ersten 15 Jahre nach Versicherungsbeginn.
- Der Wechsel der beruflichen Tätigkeit muss uns innerhalb von 12 Monaten ab Beginn der neuen beruflichen Tätigkeit angezeigt werden.

(3) Sofern die versicherte Person vor dem Tätigkeitswechsel Schüler (vgl. § 2 Absatz 1) ist, gelten als Wechsel der beruflichen Tätigkeit nach Absatz 1:

- der erstmalige Wechsel in die gymnasiale Oberstufe,
- der erstmalige Beginn einer Ausbildung,
- die erstmalige Aufnahme eines Studiums sowie,
- die erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit.

Sofern die versicherte Person vor dem Tätigkeitswechsel Schüler (vgl. § 2 Absatz 1) ist, muss uns der Wechsel der beruflichen Tätigkeit innerhalb von 12 Monaten ab Beginn der neuen beruflichen Tätigkeit angezeigt werden. Alle anderen Voraussetzungen, die in Absatz 2 für eine Änderung der Berufsgruppeneinstufung nach Absatz 1 festgelegt sind, gelten für Schüler nicht.

Der erstmalige Wechsel der versicherten Person in die gymnasiale Oberstufe kann zu einer Änderung der Berufsgruppeneinstufung nach Absatz 1 führen; die versicherte Person ist in diesem Fall jedoch weiterhin Schüler im Sinne von § 2 Abs. 1.

(4) Ist die versicherte Person bei Vertragsabschluss bereits Beamter, haben Sie das Recht, Ihren Vertrag an die berufliche Stellung anzupassen.

Sie können Leistungen wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit nach Vertragsschluss unter folgenden Voraussetzungen mit uns nachträglich vereinbaren:

- Es wurden bisher keine Ausschlüsse und keine Risikozuschläge zu diesem Vertrag vereinbart.
- Die versicherte Leistung darf durch die Vertragsanpassung nicht sinken. Das heißt, die zu versichernde Leistung bei allgemeiner Dienstunfähigkeit darf nicht niedriger sein als die versicherte Leistung bei Berufsunfähigkeit.
- Die versicherbare Leistung bei Dienstunfähigkeit beträgt

maximal 1.600 EUR pro Monat.

- Die bei Vertragsanpassung durchzuführende Gesundheitsprüfung darf weder zu einem Ausschluss noch zu einem Risikozuschlag führen.
- Die versicherte Person hat während der Laufzeit des Vertrags keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erhalten und solche auch nicht beantragt.

(5) Sofern die versicherte Person nach Vertragsabschluss erstmalig zum Beamten ernannt wird, haben Sie das Recht, Ihren Vertrag an die geänderte berufliche Stellung anzupassen.

Sie können Leistungen wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit nach Vertragsschluss unter folgenden Voraussetzungen mit uns nachträglich vereinbaren:

- Es wurden bisher keine Ausschlüsse und keine Risikozuschläge zu diesem Vertrag vereinbart.
- Der Antrag muss innerhalb von 12 Monaten nach Ernennung zum Beamten bei uns gestellt worden sein.
- Die versicherte Leistung darf durch die Vertragsanpassung nicht sinken. Das heißt, die zu versichernde Leistung bei allgemeiner Dienstunfähigkeit darf nicht niedriger sein als die versicherte Leistung bei Berufsunfähigkeit.
- Die versicherbare Leistung bei Dienstunfähigkeit beträgt maximal 1.600 EUR pro Monat.
- Die versicherte Person hat während der Laufzeit des Vertrags keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erhalten und solche auch nicht beantragt.

§ 13 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Überschussermittlung

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

Überschussbeteiligung

(2) Die BUZ ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zum Gewinnverband 811 in der Bestandsgruppe 14. Die Festlegung und Änderung der Überschussbeteiligung erfolgt nach den gleichen Grundsätzen wie bei der Hauptversicherung. Zusätzlich erfolgt bei der BUZ eine Differenzierung der Überschussbeteiligung nach Berufsgruppen. Maßgebend für die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe ist der im Antrag festgehaltene Beruf mit Angabe der Tätigkeit. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

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

Beitragsverrechnung

Zu Beginn eines jeden Beitragszahlungsabschnitts wird ein Zusatzüberschussanteil zugeteilt. Bezugsgröße ist der zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuelle Bruttobeitrag.

Verwendung: Der Überschussanteil vermindert den zu zahlen-

den Beitrag bzw. die Beitragsrate. Sie zahlen also nicht den vollen Bruttobeitrag, sondern nur einen ermäßigten Beitrag. Die Höhe der Ermäßigung kann allerdings nicht für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert werden.

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

Verzinsliche Ansammlung

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

Beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem Zusatzüberschussanteil zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil. Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der BUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Leistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikolebensversicherung wird das Guthaben mit Beendigung der BUZ ausgezahlt.

Berufsunfähigkeitsbonus (BU-Bonus)

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird ein BU-Bonus festgelegt. Bezugsgröße hierfür ist die versicherte Leistung des betreffenden Versicherungsjahres.

Solange kein Leistungsbezug erfolgt, wird der BU-Bonus Jahr für Jahr neu festgelegt. Führt eine Neufestlegung der jährlichen Überschussanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so haben Sie das Recht – sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist – die garantierte Berufsunfähigkeitsrente zur nächsten Beitragsfälligkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass die Höhe des bisherigen Berufsunfähigkeitsschutzes (einschließlich Bonus) erhalten bleibt. Maßgebend für die Bestimmung des neuen Beitrags ist der beim ursprünglichen Abschluss gültige Tarif. Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente inklusive Bonus teilen wir Ihnen jährlich in der Wertbestätigung mit. Die Erhöhung ist spätestens sechs Wochen nach der Hauptfälligkeit (Jahrestag des Beginns der Versicherung) des Jahres, in dem die Änderung des Berufsunfähigkeitsbonus erfolgt ist, in Textform zu beantragen.

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

Beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu

dem BU-Bonus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil. Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Grundüberschussanteile werden verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der BUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Leistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikolebensversicherung wird das Guthaben mit Beendigung der BUZ ausgezahlt.

Überschussbeteiligung im Leistungsfall

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

BUZ-B

Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen nach BUZ-B im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf das Jahr des Eintritts der Berufsunfähigkeit folgt, gewährt. Bezugsgröße ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird. Bei unterjährigem Eintritt der Berufsunfähigkeit erfolgt die erste Gewährung des Überschusses anteilig.

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

BUZ-R

Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen nach BUZ-R im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres gewährt, das auf das Jahr des Eintritts der Berufsunfähigkeit folgt. Bezugsgröße hierfür ist die BUZ-Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres.

Verwendung: Die Überschüsse werden zur Erhöhung der BUZRente verwendet. Bei unterjährigem Eintritt unserer Leistungspflicht wird die BUZ-Rente anteilig erhöht.

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

§ 14 Können die Beiträge angepasst werden?

Ein durch die laufenden Überschussanteile ermäßigter Beitrag (vgl. § 13 Absatz 3 Beitragsverrechnung) kann sich je nach Überschussergebnis verändern. Auf das weitergehende Recht zur Anpassung der Beiträge nach § 163 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verzichten wir.

§ 15 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

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

-
- 1) Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht.
 - 2) Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.
 - 3) Das Gleiche gilt bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages (vgl. die entsprechenden Regelungen in den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Besondere Bedingungen

für die zusätzliche Absicherung von Grundfähigkeiten bei Schülern – Private Vorsorge (Schicht 3)

Soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist, gelten die Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung entsprechend.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Welche Beeinträchtigungen von körperlichen Fähigkeiten sind versichert (Versicherungsfall)?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?
- § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?
- § 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistung bei Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten

(1) Werden körperliche Fähigkeiten der versicherten Person während der Versicherungsdauer im unten genannten Zeitraum in einem in § 2 beschriebenen Umfang beeinträchtigt, so erbringen wir die nachfolgenden Versicherungsleistungen:

- Die Beitragszahlungspflicht endet ab der nächsten Beitragsfälligkeit.
- Wir zahlen die vereinbarte Rente in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus.

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht. Versicherungsschutz besteht nur, sofern die versicherte Beeinträchtigung eintritt, solange die versicherte Person noch eine allgemeinbildende Schule besucht und das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Wir erbringen die Versicherungsleistungen aus der zusätzlichen Absicherung von Grundfähigkeiten nicht, sofern und solange wir Leistungen aus der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung erbringen.

Entstehen des Anspruchs

(2) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 eingetreten ist.

Bei einer vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Rente frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt

mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 eingetreten ist.

Endet diese Beeinträchtigung und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt. Unabhängig davon entfällt die Beitragszahlungspflicht ab der nächsten Beitragsfälligkeit.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Leistungen während der Wartezeit nur, wenn der Eintritt der Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 auf ein nach Beginn der Versicherung eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen ist (vgl. § 1 Absatz 7). Tritt die Beeinträchtigung aus einem anderen Grund als einem Unfallereignis vor Ablauf der Wartezeit ein, erlischt die Versicherung mit sofortiger Wirkung. Die bis zu diesem Zeitpunkt bereits gezahlten Beiträge werden nicht zurückerstattet. Für eine nach Ablauf der Wartezeit eintretende Beeinträchtigung leisten wir unabhängig von deren Ursache, soweit in § 3 Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

Dauer unserer Leistungspflicht

(3) Die vorstehenden Leistungen erbringen wir, solange die versicherte Person lebt, längstens bis zum Ablauf der jeweils vereinbarten Leistungsdauer. Unabhängig davon endet unsere Leistungspflicht, wenn die Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten den in § 2 beschriebenen Umfang nicht mehr erreicht.

Integrations- und Rehabilitationsberatung

(4) Bei Eintritt des Versicherungsfalls bieten wir kostenfrei die Möglichkeit einer Integrations- und Rehabilitationsberatung an. Gegenstand der Beratung sind z. B. Fragen der medizinischen Versorgung oder mögliche Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Beratung wird von uns bzw. durch von uns beauftragte anerkannte Fachleute angeboten. Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll erkannte Maßnahmen werden auf Ihren Wunsch von uns eingeleitet und begleitet. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, diese Hilfe anzunehmen.

Verspätete Anzeige

(5) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer eine Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 angezeigt, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so zahlen wir die vereinbarte Rente gemäß Absatz 1 längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer.

Beitragszahlung während Anspruchsprüfung

(6) Während der Dauer der Anspruchsprüfung stunden wir – auf Ihren Antrag in Textform hin – die fälligen Beiträge zinslos bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gemäß § 5. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung stunden wir die Beiträge darüber hinaus bis zum rechtsverbindlichen Abschluss des Verfahrens, höchstens jedoch für eine Dauer von insgesamt fünf Jahren. Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erfolgt in einem Betrag spätestens am Ende des Stundungszeitraumes oder in maximal 24 Monatsraten (Einzelrate mind. 25 EUR). Sofern die Voraussetzungen vorliegen, kann der Ausgleich auf Wunsch durch eine Herabsetzung der Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik erfolgen. Zahlen Sie die Beiträge während der Anspruchsprüfung weiter, so werden wir diese bei Feststellung oder Anerkennung der Leistungspflicht

verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Unfall während einer vereinbarten Wartezeit

(7) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

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

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- a) Unfälle, die auf Geistes- oder Bewusstseinsstörungen zurückzuführen sind, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Absatz 7 Satz 1 die überwiegende Ursache ist.
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- d) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- e) Infektionen:
Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie verursacht wurden durch
 - Insektenstiche oder -bisse oder
 - sonstige Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind, und durch welche Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangt sind. Für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung; ebenso entfällt diese Einschränkung, wenn die Krankheitserreger durch ein unter Absatz 7 Satz 1 fallendes Unfallereignis in den Körper gelangt sind.
- f) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- g) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- h) Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

§ 2 Welche Beeinträchtigungen von körperlichen Fähigkeiten sind versichert (Versicherungsfall)?

(1) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht ist, dass bei der versicherten Person mindestens eine der in § 2 Absatz 2 a) bis j) konkret definierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Verlust der jeweiligen Grundfähigkeit) in dem dort beschrie-

benen Umfang eingetreten ist.

Im Hinblick auf die in § 2 Absatz 2 a) bis j) definierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen gilt:

- Versichert ist der Verlust der jeweiligen Grundfähigkeit, weshalb Versicherungsschutz nur dann besteht, wenn die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über die entsprechende Grundfähigkeit verfügt hat.
- Der Grad der Beeinträchtigung wird unter Berücksichtigung geeigneter Hilfsmittel ermittelt (vgl. § 4 Absatz 4).
- Die Beeinträchtigung muss zudem voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen andauern oder bereits seit sechs Monaten ununterbrochen vorliegen.
- Die in § 2 Absatz 2 a) bis j) definierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind nur dann versichert, wenn sie sich durch entsprechende medizinische Befunde erklären lassen. Daher muss die Beeinträchtigung auf Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall zurückzuführen und durch den aktuellen medizinischen Wissensstand entsprechende Befunde eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung nachgewiesen sein. Soweit ergänzend im konkreten Fall spezielle Anforderungen an den Nachweis der Beeinträchtigung gestellt werden, wird in den betroffenen Definitionen ausdrücklich darauf hingewiesen.

(2) Folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen sind versichert:

- a) **Verlust der Grundfähigkeit des Sehens**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Sehens liegt bei einem Verlust der Sehkraft auf beiden Augen bei der versicherten Person vor. Das Ausmaß des Sehkraftverlustes muss derart sein, dass bei der Untersuchung unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe des besseren Auges 3/60 oder weniger auf der Snellen-Sehprobentafel beträgt. Dies bedeutet, dass die versicherte Person bei der Untersuchung einen Gegenstand in bis zu einem Meter Entfernung sehen kann, den eine Person mit voller Sehkraft sehen könnte, wenn dieser sich in einem Abstand von 20 Metern befände. Außerdem liegt ein Verlust der Grundfähigkeit des Sehens vor, wenn unter Verwendung von Sehhilfen eine Einschränkung des Gesichtsfeldes des besseren Auges auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.
- b) **Verlust der Grundfähigkeit des Hörens**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Hörens liegt vor, wenn bei der versicherten Person eine Schwerhörigkeit auf beiden Ohren derart besteht, dass im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 1.000 bis 3.000 Hz, mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) ein Hörverlust von mindestens 80 % nachgewiesen wird. Der Verlust der Grundfähigkeit des Hörens muss außerdem durch ein weiteres anerkanntes Testverfahren (zum Beispiel BERA) bestätigt werden.
- c) **Verlust der Grundfähigkeit des Sprechens**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Sprechens liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund körperlicher Ursachen die Fähigkeit verloren hat, eine verständliche und sinngebende Sprache zu produzieren oder Worte spricht, die ohne jegliche Bedeutung oder Vorkommen in

jeglicher bekannten gesprochenen Sprache sind und von einem unabhängigen Dritten nicht mehr verstanden werden.

Nicht von dieser Regelung erfasst und somit ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle psychischen Ursachen des Sprachverlusts.

- d) Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs einer Hand**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs einer Hand liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in
- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen oder
 - eine bereits auf einem Gewinde sitzende Flügelschraube der DIN 316 D mit einer Gewindegröße M10 fünf weitere Umdrehungen ein- und anschließend wieder herauszudrehen oder
 - eine handelsübliche Halogen-Glühbirne oder ein handelsübliches LED-Leuchtmittel in den dazugehörigen Schraubsockel (E27-Sockel) einer Tischlampe zu stecken und so weit hineinzudrehen, dass die Glühbirne leuchtet und anschließend wieder vollständig herauszudrehen oder
 - mit einer handelsüblichen Papierschere ein vorgezeichnetes Quadrat mit einer Seitenlänge von 10 cm aus einem handelsüblichen DIN-A4-Papier auszuschneiden.
- e) Verlust der Grundfähigkeit des Greifens und Haltens**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Greifens und Haltens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand einen maximal 200 Gramm schweren Gegenstand zu greifen und fünf Minuten lang ununterbrochen, auch unter Abgabe des Unterarms, zu halten.
- f) Verlust der Grundfähigkeit des Schreibens**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Schreibens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand mit einem Schreibstift mindestens fünf Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben in Druckbuchstaben so zu schreiben, dass ein unabhängiger Dritter diese Wörter lesen kann.
- g) Verlust der Grundfähigkeit des Benutzens einer Tastatur**
Der Verlust der Grundfähigkeit des Benutzens einer Tastatur liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mindestens fünf Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben zu tippen oder abzutippen.
- h) Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs der Beine**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs der Beine liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alleine eine Entfernung von 400 Metern auf einem festen und ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne dabei mehr als einmal eine ununterbrochene Pause von mehr als einer Minute einzulegen. Ein Rollator, beidseitig geführte Unterarmgehstützen oder Prothesen gelten hierbei nicht als geeignete Hilfsmittel.

- i) Verlust der Grundfähigkeit des Treppensteigens**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Treppensteigens liegt vor, wenn die versicherte Person auch unter Verwendung eines Treppengeländers nicht mehr in der Lage ist, alleine eine Treppe von 12 Stufen (maximale Stufenhöhe 20 Zentimeter) hinauf- und hinunterzugehen, ohne dabei mehr als einmal eine ununterbrochene Pause von mehr als einer Minute einzulegen.
- j) Verlust der Grundfähigkeit des Sitzens**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Sitzens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten lang ununterbrochen auf einem Stuhl mit Rücken- und Armlehnen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.

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

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zur Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Beeinträchtigung verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind – auch bei Vorsatz – versichert;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Beeinträchtigung der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die

Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

(1) Wenn Sie Leistungen aus diesem Vertrag beanspruchen, haben Sie die Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 nachzuweisen. Dazu können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiter können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns alle Angaben machen, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit).

Leistungsregulierung und Nachregulierungen aus diesem Vertrag werden in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Einzureichende Unterlagen, insbesondere ärztliche Berichte und Untersuchungen, werden nur anerkannt, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

(2) Werden Leistungen beansprucht, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- eine Darstellung der Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie zum Nachweis über den Umfang der Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Wenn Sie für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen müssen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Reisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Notwendige Feststellungen sind auch Auskünfte oder Aufklärungen und Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen sowie die Auskünfte, die dem Versicherer die Prüfung ermöglichen, ob bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden.

Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten oder sonstigen Angehörigen eines Heil-

berufs, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, Sozialversicherungsträgern, gesetzlichen sowie privaten Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann. Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung haben die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs.

(4) Lässt die versicherte Person ärztlich angeordnete oder empfohlene, insbesondere operative Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der bestehenden Einschränkung, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung des Leistungsanspruchs aus dieser Versicherung grundsätzlich nicht entgegen.

Hiervon ausgenommen sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten.

Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden. Geeignet ist ein Hilfsmittel, wenn

- die versicherte Person es in der Vergangenheit bereits verwendet hat, derzeit verwendet oder verwenden kann und
- das Hilfsmittel zu einer Besserung der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten führt.

(5) Unsere Geldleistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Arbeitstagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

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

(3) In Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Ein sachlicher Grund kann sich aus uneindeutigen Nachweisen über das Vorliegen, den Beginn und die Dauer der Beeinträchtigung der körperlichen Fähigkeiten ergeben. Ein sachlicher Grund kann ferner gegeben sein, wenn aus medizinischen Gründen eine Besserung der Beeinträchtigungen innerhalb des Befristungszeitraums objektiv zu erwarten ist (z. B. Reha-Maßnahme, fortschreiten-

der Heilungsprozess), so dass die Anspruchsvoraussetzungen wegfallen.

Eine Nachprüfung ist für die Zeit der Befristung ausgeschlossen. Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen fordern wir auch dann nicht zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass sich ein bedingungsgemäßer Anspruch nicht nachweisen ließ.

(4) Wir werden Sie bereits vor Ablauf der Befristung darüber informieren, dass wir nach Ablauf der Befristung das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Beeinträchtigung der körperlichen Fähigkeiten prüfen werden, soweit Sie dieses wünschen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern. Für diese erneute Prüfung gelten die Grundsätze der Erstprüfung.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 nachzuprüfen. Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkennnisses erfolgt keine Nachprüfung.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 entfallen, können wir unsere Leistungen einstellen. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt die versicherte Person können wir die Leistungen bereits mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem der Tod eingetreten ist.

(5) Liegt die Beeinträchtigung körperlicher Fähigkeiten gemäß § 2 in der Vergangenheit und ist sie bei Anmeldung der Ansprüche wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem sie weggefallen ist.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansruherhebenden vorläufig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwir-

kungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus diesem Vertrag bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.

Besondere Bedingungen

für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (EUZ)

– Private Vorsorge (Schicht 3) und Rückdeckungsversicherung (Schicht 2)

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Erwerbsunfähigkeit

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

Beitragsbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit (EUZ-B)

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

Erwerbsunfähigkeits-Rente (EUZ-R)

Zahlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

Wir sind berechtigt, eine Kleinbetragsrente nach § 93 Absatz 3 Satz 2 und 3 EStG abzufinden.

Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

(2) Wir bieten der versicherten Person bei Eintritt von Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 kostenlos eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch von uns beauftragte anerkannte Spezialisten an. Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll bestätigte Maßnahmen werden von unseren Spezialisten eingeleitet und begleitet. Maßnahmen sind sinnvoll, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass dadurch die Aufnahme einer Berufstätigkeit erfolgen kann. Wir übernehmen während der Versicherungsdauer die Kosten für eine vollständig durchgeführte Maßnahme. Die Kosten übernehmen wir jedoch maximal bis zum Sechsfachen der vereinbarten monatlichen Erwerbsunfähigkeitsrente. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Entstehen des Anspruchs

(3) Der Anspruch auf Leistung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.

Bei einer eventuell vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf die Leistungen frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Endet die Erwerbsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Erwerbsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Erlöschen des Anspruchs

(4) Der Anspruch auf Leistung erlischt, wenn keine Erwerbsunfähigkeit mehr vorliegt, die versicherte Person stirbt oder die jeweilige Leistungsdauer der EUZ endet.

Verspätete Anzeige

(5) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer der Anspruch auf Erwerbsunfähigkeit angemeldet, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so erbringen wir die Leistung, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Beitragszahlung während Anspruchsprüfung

(6) Während der Dauer der Anspruchsprüfung stunden wir – auf Ihren Antrag in Textform hin – die fälligen Beiträge zinslos bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gemäß § 5. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung stunden wir die Beiträge darüber hinaus bis zum rechtsverbindlichen Abschluss des Verfahrens, höchstens jedoch für eine Dauer von insgesamt fünf Jahren. Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erfolgt in einem Betrag spätestens am Ende des Stundungszeitraumes oder in maximal 24 Monatsraten (Einzelrate mind. 25 EUR). Sofern die Voraussetzungen vorliegen, kann der Ausgleich auf Wunsch durch eine Herabsetzung der Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik erfolgen. Zahlen Sie die Beiträge während der Anspruchsprüfung weiter, so werden wir diese bei Feststellung oder Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Dynamik im Leistungsfall von EUZ-B

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

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

Rentendynamik der EUZ-R im Rentenbezug

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

- a) Die Erhöhungen erfolgen, solange Leistungen aus der Versicherung erbracht werden. Gleiches gilt auch während der Dauer einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit.
- b) Die garantierten Renten im Rentenbezug steigen um den vereinbarten Prozentsatz jeweils jährlich zur Hauptfälligkeit, die auf den Monat folgt, in dem der Leistungsfall eingetreten ist. Bezugsgröße sind die jeweiligen Vorjahresrenten.

Schüler, Studenten und Auszubildende

(9) Für Schüler, Studenten und Auszubildende kann eine Umstellung auf eine Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (BUZ) erfolgen, sobald eine Berufsausbildung/-tätigkeit begonnen bzw. aufgenommen wurde, bei der Versicherungsschutz auch im Falle einer Berufsunfähigkeit geleistet werden kann. Dieser Umstand muss innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Berufsausbildung/-tätigkeit angezeigt werden.

Die Umstellung erfolgt mit Eingang der Meldung, frühestens mit Aufnahme der Berufsausbildung/-tätigkeit. Der Beitrag sowie die Höhe der Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung werden dann aufgrund des Berufes neu festgelegt.

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

§ 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

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

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

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

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

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

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

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

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind – auch bei Vorsatz – versichert.
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Ver-

- sicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Der Versicherungsschutz für die EUZ besteht nur so lange, wie die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz in den Ländern Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Liechtenstein, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien oder den Vereinigten Staaten von Amerika hat, und sich nicht länger als sechs Monate außerhalb der angegebenen Länder aufhält; es sei denn, wir haben einer Ausdehnung des Versicherungsschutzes schriftlich zugestimmt. Eine eingetretene Leistungspflicht aus der EUZ bleibt jedoch in der anerkannten Höhe bestehen.

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

(1) Wenn Sie Leistungen aus der EUZ beanspruchen, haben Sie die Erwerbsunfähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen nachzuweisen. Dazu können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiter können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns alle Angaben machen, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit).

Leistungsregulierung und Nachregulierungen aus diesem Vertrag werden in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Einzureichende Unterlagen, insbesondere ärztliche Berichte und Untersuchungen, werden nur anerkannt, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Sie können uns selbstverständlich kontaktieren, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

(2) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung bean-

sprucht, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person, z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen sowie ihre jeweiligen Veränderungen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Wenn Sie für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen müssen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreiskosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Notwendige Feststellungen sind auch Auskünfte oder Aufklärungen und Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen sowie die Auskünfte, die dem Versicherer die Prüfung ermöglichen, ob bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden.

Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder sonstigen Heilbehandlern, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, anderen Personenversicherern und frühere und aktuelle Krankenkassen (gesetzliche und private), Sozialversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten sowie derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann. Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung haben die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist grundsätzlich nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung. Ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit beson-

deren Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten. Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete oder empfohlene, insbesondere operative Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Erwerbsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung des Leistungsanspruchs aus dieser Versicherung nicht entgegen.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Arbeitstagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

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

(3) In Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Ein sachlicher Grund kann sich aus uneindeutigen Nachweisen über das Vorliegen, den Beginn, die Dauer oder den Grad von Erwerbsunfähigkeit ergeben. Ein sachlicher Grund kann ferner gegeben sein, wenn aus medizinischen, beruflichen bzw. betrieblichen Gründen eine Besserung der Beeinträchtigungen innerhalb des Befristungszeitraums objektiv zu erwarten ist (z. B. Reha-Maßnahme, fortschreitender Heilungsprozess), so dass die Anspruchsvoraussetzungen wegfallen.

Verweisung und Nachprüfung sind für die Zeit der Befristung ausgeschlossen. Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen fordern wir auch dann nicht zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass sich ein bedingungsgemäßer Anspruch nicht nachweisen ließ.

(4) Wir werden Sie bereits vor Ablauf der Befristung darüber informieren, dass wir nach Ablauf der Befristung das Vorliegen bedingungsgemäßer Erwerbsunfähigkeit prüfen werden, soweit Sie dieses wünschen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern. Für diese erneute Prüfung gelten die Grundsätze der Erstprüfung.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit nachzuprüfen.

Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses nach § 5 erfolgt keine Nachprüfung.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonoreare tragen wir. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend.

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

(4) Ist die Erwerbsunfähigkeit weggefallen, können wir unsere Leistungen einstellen. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt der Versicherte erlischt die Leistungsverpflichtung mit dem Tag des Todes.

(5) Ist die Erwerbsunfähigkeit bei Anzeige der Erwerbsunfähigkeit wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem die Erwerbsunfähigkeit weggefallen ist.

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 6 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. Die Ansprüche aus der EUZ bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. **Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.**

§ 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Abweichend von den Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) können wir die dort genannten Rechte (Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung) innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist immer zehn Jahre seit Vertragsschluss.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

aus der EUZ⁹⁾.

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

Von dem so ermittelten Betrag wird ein Abzug einbehalten. Er beträgt 65 % dieses Betrags, mindestens jedoch 5 % der garantierten jährlichen Erwerbsunfähigkeitsleistung. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Darüber hinaus wird mit dem Abzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt. Beitragsrückstände werden verrechnet

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

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

Von dem so ermittelten Betrag erheben wir den in Absatz 2 beschriebenen Abzug. Beitragsrückstände werden verrechnet. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Darüber hinaus wird mit dem Abzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

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

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

(5) Die EUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die

Umwandlung ist jedoch nur möglich, wenn das Deckungskapital der EUZ ausreicht, eine beitragsfreie Mindestrente zu erreichen. Das Verhältnis zwischen der Erwerbsunfähigkeitsrente und der Todesfallsumme bzw. der Jahresleistung bei der Rentenversicherung bzw. der Beitragssumme bei einer Fondsgebundenen Versicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht geändert. Die beitragsfreie Erwerbsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung der nicht verbrauchten Beitragsteile und Abzüge gemäß Absatz 2.

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

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

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

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

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

(11) Abweichend von den Regelungen zum Bezugsrecht für die Hauptversicherung können Bezugsrechte nur zu Gunsten der versicherten Person oder zu Gunsten eines der folgenden Angehörigen der versicherten Person vereinbart werden:

- Ehegatten / eingetragene Lebenspartner,
- Verwandte in gerader Linie z.B. Eltern, (Adoptiv-)Kinder, (Ur-)Enkel, (Ur-)Großeltern,
- Geschwister und deren Ehegatten / eingetragene Lebenspartner,
- Geschwister der Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner,
- Kinder der Geschwister,
- Pflegeeltern / -kinder,
- Verschwägerter in gerader Linie z.B. Schwieger- / Stiefeltern, Schwieger- / Stiefkinder,
- Pflegekinder des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners,
- Geschwister der Eltern.

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

§ 10 Wann können Sie in eine selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung wechseln?

(1) Kündigen Sie oder stellen Sie Ihren Vertrag teilweise oder vollständig beitragsfrei, so können Sie Ihren Erwerbsunfähigkeitsschutz in einem separaten selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung aufrechterhalten.

(2) Für den neuen selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrag gilt:

- Das Ende der Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer bleibt gegenüber der bisherigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung unverändert.
- Der Beitragsberechnung werden das zum Beginn der Versicherung des neuen Vertrages erreichte rechnungsmäßige Alter und der für den Neuzugang offene Tarif mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Dabei ist das rechnungsmäßige Alter die Differenz zwischen dem Kalenderjahr Beginns der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- Alle sonstigen dem bisherigen Vertrag zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen, wie Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln, gelten auch für den neuen Vertrag.
- Die Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente aus dem neuen selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrag darf nicht höher sein als die Differenz zwischen bisheriger Erwerbsunfähigkeitsrente und beitragsfreier Erwerbsunfähigkeitsrente dieser EUZ. Bei Beitragsverrechnung als Form der Überschussverwendung im bisherigen Vertrag entspricht dies der garantierten Rente inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik. Bei EU-Bonus als Form der Überschussverwendung entspricht dies der garantierten Rente zuzüglich Bonus, inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik.

(3) Den Antrag auf Abschluss des selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrages können Sie innerhalb von 3 Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung oder der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung stellen. Bei Wiederinkraftsetzung Ihrer Hauptversicherung kann die EUZ nicht ohne erneute Risikoprüfung reaktiviert werden. Der Erwerbsunfähigkeitsschutz bleibt im separaten Vertrag versichert.

§ 11 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz verlängern?

(1) Sie haben das Recht, Ihre EUZ in einer neuen selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung (Anschlussvertrag) bei Wahrung der Vertragsidentität im Übrigen weiter zu führen, wenn der bisherige Vertrag, zu dem die Verlängerungsoption eingeräumt wurde, für die EUZ-Rente folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person zum Beginn der Versicherung beträgt höchstens 30 Jahre. Dabei ist das rechnungsmäßige Alter die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Beginns der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- Die EUZ endet spätestens in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr erreicht.
- Die Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer ist kürzer als die vereinbarte Leistungsdauer.

(2) Über Ihr Recht auf Verlängerung der Erwerbsunfähigkeitsrente werden wir Sie rechtzeitig vor Ende der Versicherungsdauer der Erwerbsunfähigkeitsrente im bisherigen Vertrag schriftlich informieren. Auf Wunsch kann Ihr Versicherungsvermittler Ihnen ein Verlängerungsangebot erstellen. Besteht zum Zeitpunkt des Verlängerungstermins eine bedingungs-gemäße Erwerbsunfähigkeit, erhalten Sie das Schreiben bei Wegfall der Erwerbsunfähigkeit.

(3) Das Recht auf den Anschlussvertrag erlischt, wenn Sie nicht mindestens einen Monat vor Ende der Versicherungsdauer der Erwerbsunfähigkeitsrente im bisherigen Vertrag einen Verlängerungsantrag eingereicht haben. Sie haben das Recht, von der Möglichkeit der Verlängerung bereits vorzeitig Gebrauch zu machen. Auf Wunsch erstellen wir Ihnen ein Angebot.

(4) Für den Anschlussvertrag gilt:

- Der Vertrag beginnt zum Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer der EUZ-Rente des bisherigen Vertrages bzw. bei vorzeitiger Verlängerung zu dem gewünschten Termin. Die EUZ-Rente aus dem bisherigen Vertrag endet zu diesem Zeitpunkt. Der Altersvorsorgevertrag mit EUZ-Beitragsbefreiung bleibt ansonsten unverändert bestehen.
- Das Ende der Leistungsdauer bleibt gegenüber dem bisherigen Vertrag unverändert.
- Das Ende der Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer entspricht dem Ende der Leistungsdauer.
- Die Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente entspricht der Rente des bisherigen Vertrages zum Zeitpunkt der Verlängerung. Bei Beitragsverrechnung als Form der Überschussverwendung im bisherigen Vertrag entspricht dies der garantierten Rente inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik. Bei EU-Bonus als Form der Überschussverwendung entspricht dies der garantierten Rente zuzüglich Bonus, inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik.
- Der Beitragsberechnung werden das zum Beginn der Versicherung des neuen Vertrages erreichte rechnungsmäßige Alter und der für den Neuzugang offene Tarif zugrunde gelegt.
- Alle sonstigen dem bisherigen Vertrag zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen für den Erwerbsunfähigkeitsschutz, wie Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln, gelten auch für den neuen Vertrag.

(5) Sie haben das Recht, den Versicherungsschutz des Anschlussvertrages ohne erneute medizinische Risikoprüfung bis zu 50 % der aktuellen Erwerbsunfähigkeitsrente zu erhöhen. Für den Erhöhungsteil gilt eine Wartezeit von sechs Monaten. Tritt eine bedingungs-gemäße Erwerbsunfähigkeit während dieser Wartezeit ein, so wird für den Erhöhungsteil

keine Leistung fällig.

Für den Erhöhungsteil behalten wir uns das Recht auf eine finanzielle Risikoprüfung vor. Diese Angemessenheitsprüfung der beantragten EU-Rente erfolgt in Abhängigkeit von den bestehenden Vorversicherungen und dem erzielten Einkommen im Rahmen unserer Annahmerichtlinien. Die Erhöhungsoption besteht nicht, wenn die versicherte Person während der Laufzeit des bisherigen Vertrages eine bedingungsgemäße Erwerbsunfähigkeit hat oder hatte. Darüber hinaus darf zum Zeitpunkt der Verlängerung keine Erwerbsunfähigkeit angezeigt oder anerkannt worden sein. In diesem Fall erfolgt, wie oben beschrieben, die Verlängerung ohne Erhöhung.

(6) Im Falle einer Anzeigepflichtverletzung bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung zum bisherigen Vertrag stehen uns die Rechte nach §§ 19 Absatz 2 bis 4 und 22 VVG (Rücktritt, Kündigung, Vertragsanpassung, Anfechtung) auch mit Wirkung für den Anschlussvertrag zu. Die hierfür jeweils geltenden gesetzlichen und vertraglichen Fristen beginnen mit dem Anschlussvertrag nicht neu zu laufen.

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

Überschussermittlung

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

Überschussbeteiligung

(2) Die EUZ ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zum Gewinnverband 811 in der Bestandsgruppe 14. Die Festlegung und Änderung der Überschussbeteiligung erfolgt nach den gleichen Grundsätzen wie bei der Hauptversicherung. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

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

Beitragsverrechnung

Zu Beginn eines jeden Beitragszahlungsabschnitts wird ein Zusatzüberschussanteil zugeteilt. Bezugsgröße ist der zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuelle Bruttobeitrag.

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

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

Verzinsliche Ansammlung

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

Beitragsfreie Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem Zusatzüberschussanteil zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil. Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Überschussanteile werden verzinslich angesammelt.

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

Erwerbsunfähigkeitsbonus (EU-Bonus)

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird ein EU-Bonus festgelegt. Bezugsgröße hierfür ist die versicherte Leistung des betreffenden Versicherungsjahres.

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

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

Beitragsfreie Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem EU-Bonus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil. Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Grundüberschussanteile werden verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der EUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikole-

bensversicherung wird das Guthaben mit Beendigung der EUZ ausgezahlt.

Überschussbeteiligung im Leistungsfall

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

EUZ-B

Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen nach EUZ-B im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf das Jahr des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit folgt, gewährt. Bezugsgröße ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigende Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird. Bei unterjährigem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erfolgt die erste Gewährung des Überschusses anteilig.

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

EUZ-R

Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen nach EUZ-R im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf das Jahr des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit folgt, gewährt. Bezugsgröße hierfür ist die EUZ-Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres.

Verwendung: Die Überschüsse werden zur Erhöhung der EUZ-Rente verwendet. Bei unterjährigem Eintritt unserer Leistungspflicht wird die EUZ-Rente anteilig erhöht.

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

§ 13 Können die Beiträge angepasst werden?

Ein durch die laufenden Überschussanteile ermäßigter Beitrag (siehe hierzu § 12 Absatz 3 Beitragsverrechnung) kann sich je nach Überschussergebnis verändern. Auf das weitergehende Recht zur Anpassung der Beiträge nach § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verzichten wir.

§ 14 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

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

unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

-
- 1) Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht.
 - 2) Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.
 - 3) Das Gleiche gilt bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages (vgl. die entsprechenden Regelungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung).

Besondere Bedingungen für das Lebensphasenkonzept

Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Möglichkeiten eröffnet Ihnen das Lebensphasenkonzept?
- § 2 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen?
- § 3 Welche Verträge können im Rahmen des Lebensphasenkonzepts auftreten?
- § 4 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich?
- § 5 In welchen Fällen ist eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ausgeschlossen?
- § 6 Welche Ergänzungsverträge können Sie abschließen?
- § 7 Welche Zusatzversicherungen können Sie in einen Ergänzungsvertrag einschließen bzw. innerhalb des Basisvertrages erhöhen?
- § 8 In welchem Umfang können Sie Erhöhungen ohne eine erneute Gesundheitsprüfung vornehmen?
- § 9 Welche Höhe kann die gesamte Versicherungsleistung annehmen?
- § 10 Wie können Sie eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung veranlassen? Was müssen Sie beachten? Welche Fristen gelten?
- § 11 Welche Besonderheiten sind zu beachten, wenn die Erhöhung des Versicherungsschutzes im Basisvertrag erfolgt?
- § 12 Was ist bei Basisrentenverträgen (Schicht 1) zu beachten?
- § 13 Was ist bei Verträgen zu beachten, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung (Schicht 2) abgeschlossen wurden?

§ 1 Welche Möglichkeiten eröffnet Ihnen das Lebensphasenkonzept?

Mit dem Lebensphasenkonzept können Sie den Versicherungsschutz auf das Leben der versicherten Person(en) ohne erneute Gesundheitsprüfung in Form von zusätzlichen selbständigen Ergänzungsverträgen erhöhen, sofern sich die Lebensumstände der versicherten Person(en) durch bestimmte Ereignisse verändern.

Anstelle eines zusätzlichen selbständigen Ergänzungsvertrages kann auch eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages erfolgen. Hierbei sind die in § 11 beschriebenen Besonderheiten zu beachten.

§ 2 Wann können Sie ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen?

(1) Innerhalb der in den §§ 3-11 genannten Rahmenbedingungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen, wenn sich die Lebensumstände der versicherten Person(en) durch

eines der nachfolgenden Ereignisse verändern:

- Erreichen der Volljährigkeit
- Heirat
- Scheidung
- Geburt eines eigenen Kindes
- Adoption eines Kindes
- Todesfall des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners
- Abschluss einer Berufsausbildung mit Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit
- Übergang aus einem mindestens ein Jahr ununterbrochen andauernden Teilzeitarbeitsverhältnis in eine Vollzeitstelle
- Übergang aus einem befristeten Arbeitsverhältnis in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis
- Abschluss einer akademischen Ausbildung mit Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit
- Gehaltssteigerung von mindestens 10 % des letzten Bruttogehalts
- Gehalt übersteigt erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung
- Erfolgreiche Ablegung einer Meisterprüfung
- Erhalt der Prokura
- Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit
- Wegfall oder Reduzierung einer betrieblichen Altersversorgung
- Wegfall der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung
- Wegfall oder Reduzierung einer Versorgung aus einem berufsständischem Versorgungswerk
- Beendigung einer Versicherung auf zwei verbundene Leben bei der Zurich Dt. Herold Leben durch den Tod einer der beiden versicherten Personen
- Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum
- Abschluss und Vorlage eines Darlehensvertrages in Verbindung mit dem Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum sowie von fremd- oder gewerblich genutzten Immobilien
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung bzw. Übernahme einer bestehenden Praxis bzw. Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis bzw. Kanzlei.

(2) Zusätzlich besteht unabhängig vom Eintritt eines der genannten Ereignisse einmalig bis zum Ablauf des 5. Versicherungsjahres ab Versicherungsbeginn die Möglichkeit, den Versicherungsschutz aus dem Basisvertrag innerhalb der in diesen Bedingungen festgelegten Grenzen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Soll dabei der Versicherungsschutz für den Fall von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit erhöht werden, so gilt eine Wartefrist von sechs Monaten. Das heißt, dass für Versicherungsfälle, die in diesem Zeitraum eintreten, kein Anspruch auf Leistungen aus dem erhöhten Versicherungsschutz entsteht. Die Entscheidung über einen Anspruch auf Leistungen aus dem Basisvertrag bleibt hiervon unberührt.

§ 3 Welche Verträge können im Rahmen des Lebensphasenkonzepts auftreten?

Im Rahmen des Lebensphasenkonzepts können folgende Verträge auftreten (vgl. §§ 6 und 7):

Basisvertrag

Als Basisvertrag (Hauptversicherung mit oder ohne Zusatzversicherungen) bezeichnen wir den Vertrag, den Sie im ersten Schritt des Lebensphasenkonzepts abschließen und der somit die Grundlage für die weiteren im Rahmen des Lebensphasenkonzepts abschließbaren Verträge bzw. für Erhöhungen des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages ist.

Ergänzungsvertrag

Als Ergänzungsvertrag (Hauptversicherung mit oder ohne Zusatzversicherungen) bezeichnen wir den Vertrag, der im Anschluss an einen Basisvertrag im Rahmen des Lebensphasenkonzepts ohne weitere Gesundheitsprüfung zur Erhöhung des bereits bestehenden Versicherungsschutzes abgeschlossen werden kann.

§ 4 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich?

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um den Versicherungsschutz im Rahmen des Lebensphasenkonzepts erhöhen zu können:

- Die versicherte(n) Person(en) stimmt (stimmen) der Ausübung des Lebensphasenkonzepts zu, und
- die versicherte(n) Person(en) hat (haben) bei Wirksamwerden der Erhöhung das 50. Lebensjahr nicht vollendet
- Die versicherte(n) Person(en) hat (haben) während der Laufzeit des Basisvertrags keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder teilweiser oder vollständiger Erwerbsminderung/Erwerbsunfähigkeit erhalten und solche auch nicht beantragt. Dies unabhängig davon, ob die Leistungen durch uns oder andere Versicherer/Leistungsträger geschuldet oder dort beantragt waren.
- Die versicherte(n) Person(en) war(en) während der Laufzeit des Basisvertrags, höchstens in den zurückliegenden zehn Jahren vor Beantragung der Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes nicht länger als sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt.

§ 5 In welchen Fällen ist eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ausgeschlossen?

(1) Handelt es sich bei den zugrunde gelegten Verträgen um Versicherungen mit vereinfachter Gesundheitsprüfung bzw. Obliegenheitserklärung, so entfällt die Möglichkeit einer Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Nach einer Beitragsfreistellung oder einer Kündigung des Basisvertrags entfällt die Möglichkeit, Erhöhungen des Versicherungsschutzes im Rahmen des Lebensphasenkonzepts vorzunehmen.

(3) Bei einer Selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung ist eine Erhöhung in den ersten 12 Monaten nach Vertragsbeginn ausgeschlossen, wenn für den Vertragsabschluss die Wechseloption im Rahmen einer Grundfähigkeitsabsicherung ausgeübt wurde.

§ 6 Welche Ergänzungsverträge können Sie abschließen?

(1) Für Ergänzungsverträge können Sie zwischen folgenden Versicherungen wählen:

- Aufgeschobene Rentenversicherung
- Aufgeschobene Rentenversicherung – Basisversorgung
- Fondsgebundene Versicherung
- Fondsgebundene Versicherung – Basisversorgung
- Risikolebensversicherung
- Kapitalbildende Lebensversicherung
- selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung oder Erwerbsunfähigkeitsabsicherung (nur möglich, wenn im Basisvertrag eine Berufsunfähigkeits-Rente versichert ist).
- selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (nur möglich, wenn im Basisvertrag eine Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeits-Rente versichert ist).

Für den Ergänzungsvertrag gelten die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Ergänzungsvertrages.

(2) Ein Ergänzungsvertrag kann nicht wieder als Basisvertrag verwendet werden. Entsprechend werden Erhöhungen im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes auch bei den Bezugsgrößen für spätere Erhöhungen bzw. Ergänzungsverträge nicht berücksichtigt.

§ 7 Welche Zusatzversicherungen können Sie in einen Ergänzungsvertrag einschließen bzw. innerhalb des Basisvertrages erhöhen?

(1) Eine im Basisvertrag enthaltene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann über einen Ergänzungsvertrag oder durch eine Änderung des Basisvertrages erhöht werden. Voraussetzung für die Erhöhung über einen Ergänzungsvertrag ist, dass auch eine Hauptversicherung in dem Ergänzungsvertrag eingeschlossen wird. Dieser Ergänzungsvertrag besteht dann aus einer Hauptversicherung und einer oder mehreren eingeschlossenen Zusatzversicherung(en).

Eine Risiko-Zusatzversicherung kann auch dann zusätzlich zu einem Ergänzungsvertrag in Form einer kapitalbildenden Lebensversicherung abgeschlossen werden, wenn im Basisvertrag keine Risiko-Zusatzversicherung enthalten ist. Die Risiko-Zusatzversicherung kann auch nachträglich in den Basisvertrag eingeschlossen werden.

(2) Die Risiko-Zusatzversicherung und die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung bilden mit der jeweiligen Hauptversicherung eine Einheit. Eine Zusatzversicherung kann ohne die zugehörige Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Die Hauptversicherung kann jedoch ohne Zusatzversicherung fortgeführt werden.

(3) Ist eine Risiko-Zusatzversicherung in einem Ergänzungsvertrag eingeschlossen, so endet sie spätestens mit Ablauf der zugehörigen Hauptversicherung.

(4) Ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder

Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung in einem Ergänzungsvertrag eingeschlossen worden, so endet sie spätestens, wenn der Versicherungsschutz aus der zugehörigen Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen mit Aufschubzeit erlischt auch der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Ablauf der Aufschubzeit. Für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung in dem Ergänzungsvertrag erfolgt die Eingruppierung nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung ausgeübten Beruf; Endalter- und Summenbegrenzungen werden entsprechend übernommen. Bestehende Verträge bleiben unberührt.

§ 8 In welchem Umfang können Sie Erhöhungen ohne eine erneute Gesundheitsprüfung vornehmen?

(1) Die Höchstlaufzeit eines Ergänzungsvertrages entspricht der auf volle Jahre gerundeten Restlaufzeit des Basisvertrages.

(2) Liegt als Basisvertrag eine

- kapitalbildende Lebensversicherung,
- fondsgebundene Versicherung mit Premiumschutz und Mindesttodesfallsumme größer als 0 % der Beitragssumme,
- fondsgebundene Versicherung – Basisversorgung mit Premiumschutz und Mindesthinterbliebenenguthaben größer als 0 % der Beitragssumme,
- fondsgebundene Versicherung mit Basisschutz (Mindesttodesfallsumme ab 4. Versicherungsjahr größer als 75.000 EUR) oder
- Risikolebensversicherung

vor, so darf sich die garantierte Todesfallsumme für jeden einzelnen Ergänzungsvertrag auf bis zu 50 % der aktuellen garantierten Todesfallsumme des Basisvertrages ohne ggf. eingeschlossener Risiko-Zusatzversicherung aber auf nicht weniger als 2.500 EUR und nicht mehr als 50.000 EUR belaufen.

Erfolgt eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages, gelten als Bezugsgrößen für die o. g. maximalen Erhöhungen die aktuellen garantierten Leistungen des Basisvertrages abzüglich der Leistungsanteile, die auf frühere Erhöhungen im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes zurückzuführen sind.

(3) Liegt als Basisvertrag eine

- aufgeschobene Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder
- aufgeschobene Rentenversicherung – Basisversorgung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder
- fondsgebundene Versicherung mit Basisschutz (Mindesttodesfallsumme ab dem 4. Versicherungsjahr bis 75.000 EUR) und mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder
- selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung oder Erwerbsunfähigkeitsabsicherung
- selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung vor, so darf sich die garantierte Todesfallsumme eines Ergänzungsvertrages

in Form einer kapitalbildenden Lebensversicherung, fondsgebundenen Versicherung oder Risikolebensversicherung auf das 100-fache der aktuellen garantierten monatlichen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente, Rente des Basisvertrages, aber auf nicht weniger als 2.500 EUR und nicht mehr als 50.000 EUR belaufen.

(4) Ist eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente im Basisvertrag enthalten, können Sie im Ergänzungsvertrag ebenfalls eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente ohne erneute medizinische Risikoprüfung einschließen, die bis zu 100 % der aktuellen garantierten Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente des Basisvertrages beträgt. Dabei darf die jährliche Rente aus dem Ergänzungsvertrag jedoch maximal 9.000 EUR betragen. Sie muss jedoch die jährliche Mindestrente in Höhe von 300 EUR erreichen.

Erfolgt eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages, gelten als Bezugsgrößen für die o. g. maximalen Erhöhungen die aktuellen garantierten Leistungen des Basisvertrages abzüglich der Leistungsanteile, die auf frühere Erhöhungen im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes zurückzuführen sind.

Ist der Basisvertrag eine Versicherung auf verbundene Leben und ist darin eine Berufsunfähigkeitsrente oder Erwerbsunfähigkeitsrente eingeschlossen, so kann eine Berufsunfähigkeitsrente oder Erwerbsunfähigkeits-Rente im Ergänzungsvertrag nur für die Person abgeschlossen werden, die im Basisvertrag gegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit versichert ist.

(5) Soll zu einem Basisvertrag eine Kapitallebensversicherung mit Risikozusatzversicherung als Ergänzungsvertrag abgeschlossen werden, so gilt im Hinblick auf die Höhe der Todesfallsumme Folgendes: Die Gesamttodesfallsumme aus Kapitallebensversicherung und Risiko-Zusatzversicherung, die den Ergänzungsvertrag bilden, darf bis zu 50 % der Todesfallsumme des Basisvertrages (einschließlich einer dort ggf. enthaltenen Risiko-Zusatzversicherung), maximal 50.000 EUR, erreichen. Sie darf 5.000 EUR nicht unterschreiten. Erfolgt der Einschluss der Risiko-Zusatzversicherung innerhalb des Basisvertrages, gilt die vorstehende Regelung entsprechend.

(6) Eine planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen (Dynamik) eines Ergänzungsvertrages ist dann möglich, wenn auch diese im Basisvertrag vorgesehen ist. Möchten Sie eine dynamische Anpassung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (Dynamik im Leistungsfall) in einen Ergänzungsvertrag einschließen, so muss eine solche bereits im Basisvertrag enthalten sein. Der Einschluss einer planmäßigen Erhöhung hängt immer zusätzlich von einer wirtschaftlichen und finanziellen Risikoprüfung durch uns ab.

(7) Die garantierte Gesamttodesfallsumme aller Ergänzungsverträge (inkl. ggf. eingeschlossener Risiko-Zusatzversicherung), und aller im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes durchgeführten Erhöhungen innerhalb des Basisvertrages, die innerhalb von fünf Jahren abgeschlossen werden, darf 50.000 EUR nicht überschreiten.

(8) Bei Risikolebensversicherungen besteht die Möglichkeit, bei den in § 2 genannten Ereignissen „Geburt eines eigenen

Kindes“ oder „Abschluss eines Darlehensvertrages in Verbindung mit dem Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum sowie von fremd- oder gewerblich genutzten Immobilien“ den Versicherungsschutz einmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung um bis zu 100.000 EUR zu erhöhen. Die in § 8 Absatz 2 genannte Beschränkung des Ergänzungsvertrages auf bis zu 50 % der aktuellen garantierten Todesfallsumme des Basisvertrages und auf maximal 50.000 EUR gilt bei Ausübung dieser einmaligen Erhöhungsmöglichkeit nicht. Zudem gilt auch die Regelung in § 8 Absatz 7 bei Ausübung dieser einmaligen Erhöhungsmöglichkeit nicht.

§ 9 Welche Höhe kann die gesamte Versicherungsleistung annehmen?

Die Gesamttodesfallsumme aller Verträge (inkl. der Summen aus Risiko-Zusatzversicherung) jeder einzelnen versicherten Person darf maximal 300.000 EUR betragen. Bei Versicherungen auf verbundene Leben kann für jede versicherte Person die maximale Todesfallsumme versichert werden.

Sofern der Vertragsabschluss einer Risikolebensversicherung auf Basis von verkürzten Risikofragen erfolgte, reduziert sich die Gesamttodesfallsumme aller Verträge jeder einzelnen versicherten Person in den ersten fünf Versicherungsjahren auf maximal 150.000 EUR inklusive Todesfallbonus. Bei Versicherungen auf verbundene Leben kann für jede versicherte Person diese maximale Todesfallsumme versichert werden.

Die Summe der monatlichen Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Renten aus allen Verträgen der versicherten Person bei unserem Unternehmen darf maximal 2.500 EUR inklusive Bonus betragen.

Sofern der Vertragsabschluss einer selbständigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung auf Basis von verkürzten Risikofragen erfolgte, reduziert sich dieser Betrag in den ersten fünf Versicherungsjahren auf maximal 1.000 EUR.

Für die Summe der garantierten Renten aus allen bei unserem Unternehmen abgeschlossenen Rentenversicherungen ist ab einer unternehmensinternen bestimmten Höhe der garantierten Renten eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit erforderlich. Dabei werden unterschiedliche Risiken bewertet, wie Langlebigkeit, Kapitalmarkt und vorzeitige Beendigung. Würden durch eine als Ergänzungsvertrag oder durch eine Erhöhung beantragte Rentenversicherung die garantierten Renten die gültige Grenze überschreiten, so besteht der Anspruch aus dem Lebensphasenkonzept nur bis zur Höhe dieser Grenze. Maßgeblich ist dabei die unternehmensintern zum Zeitpunkt der Beantragung des betreffenden Ergänzungsvertrages geltende Grenze.

§ 10 Wie können Sie eine Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung veranlassen? Was müssen Sie beachten? Welche Fristen gelten?

(1) Möchten Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung beantragen, weil sich die Lebensumstände der versicherten Person(en) durch eines der in § 2 Abs. 1 beschriebenen Ereignisse geändert haben, so muss uns der Antrag innerhalb der ersten 12 Monate nach Eintritt

des Ereignisses in Textform zugehen. Die Änderung der Lebensumstände ist uns nachzuweisen. Als Nachweise gelten beispielsweise bei

- Heirat:
Kopie der Heiratsurkunde
- Scheidung:
Kopie des Scheidungsurteils
- Geburt eines eigenen Kindes:
Kopie der Geburtsurkunde
- Adoption eines Kindes:
Kopie der Adoptionsurkunde
- Todesfall des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners:
Sterbeurkunde
- Abschluss einer Berufsausbildung mit Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit:
Kopie der Abschlussurkunde, des Kaufmanns- oder Gesellenbriefes und des Arbeitsvertrages
- Abschluss einer akademischen Ausbildung mit Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit:
Kopie der Abschlussurkunde und des Arbeitsvertrages
- Übergang aus einem mindestens ein Jahr ununterbrochen andauernden Teilzeitarbeitsverhältnis in eine Vollzeitstelle:
Kopie der Arbeitsverträge
- Übergang aus einem befristeten Arbeitsverhältnis in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis:
Kopie des Arbeitsvertrages;
- Gehaltssteigerung von mindestens 10 % des letzten Bruttojahresgehalts:
Lohn-/Gehaltsabrechnungen
- Gehalt übersteigt erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung:
Lohn-/Gehaltsabrechnung bzw. ergänzende Nachweise
- Erfolgreiche Ablegung einer Meisterprüfung:
Meisterbrief
- Erhalt der Prokura:
Bescheinigung des Arbeitgebers
- Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit:
Kopie der Zulassungsurkunde
- Wegfall oder Reduzierung einer betrieblichen Altersversorgung:
Kopie der dem Ereignis zugrunde liegenden Unterlagen und
- Kopie des neuen Arbeitsvertrages
- Wegfall der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung:
Kopie der dem Ereignis zugrunde liegenden Unterlagen
- Wegfall oder Reduzierung einer Versorgung aus einem berufsständischem Versorgungswerk:
Kopie der dem Ereignis zugrunde liegenden Unterlagen
- Beendigung einer Versicherung auf zwei verbundene Leben bei der Zurich Dt. Herold Leben durch den Tod einer der beiden versicherten Personen:
Sterbeurkunde
- Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum:
Kopie des Kaufvertrages und Nachweis über die Nutzung
- Abschluss eines Darlehensvertrages in Verbindung mit dem Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum sowie von fremd- oder gewerblich genutzten Immobilien:
Kopie des Darlehensvertrages und Nachweis über die Nutzung
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung bzw. Übernahme einer (bestehenden) Praxis bzw. Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende

Praxis bzw. Kanzlei:

Kopie des Darlehensvertrages und Nachweis über die Nutzung

Wir behalten uns vor, ggf. weitere für einen geeigneten Nachweis notwendige Unterlagen von Ihnen zu fordern.

Möchten Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre (§ 2 Abs. 2) beantragen, so können Sie den Antrag frühestens drei Monate vor der gewünschten Erhöhung des Versicherungsschutzes einreichen. Der Antrag muss uns in jedem Fall vor der gewünschten Erhöhung des Versicherungsschutzes, jedoch spätestens bis zum Ablauf des 5. Versicherungsjahres zugehen.

Außerhalb der genannten Fristen können wir einen Antrag auf Erhöhung des Versicherungsschutzes gem. § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 nur unter dem Vorbehalt einer erneuten Gesundheitsprüfung berücksichtigen.

(2) Ist in Ihrem Basisvertrag eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente enthalten und möchten Sie diese durch einen Ergänzungsvertrag oder innerhalb des Basisvertrages erhöhen, so behalten wir uns vor, von Ihnen die Vorlage von Dokumenten zu verlangen, die die Angemessenheit der Rentenhöhe im Verhältnis zum Einkommen belegen, wie etwa einen aktuellen Einkommensnachweis oder Ähnliches. Die Begrenzung oder Ablehnung einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente im Ergänzungsvertrag oder als Erhöhung – unter Berücksichtigung Ihres Einkommens und der Gesamtrentenleistung aus allen bestehenden und beantragten Versicherungen sowie des ausgeübten Berufes und der zulässigen Höchsteinschlussgrenzen – ist uns vorbehalten.

(3) Ergänzungsverträge bzw. Änderungen innerhalb des Basisvertrages werden mit Versicherungsbeginn des auf den Eingang der Meldung folgenden Beitragszahlungsabschnitts abgeschlossen.

(4) Nachdem Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes vorgenommen haben, senden wir Ihnen den Versicherungsschein für den Ergänzungsvertrag bzw. den geänderten Versicherungsschein oder Nachtrag des Basisvertrages zu.

(5) Die erstmalige Erhöhung des Versicherungsschutzes kann frühestens zu Beginn des 2. Versicherungsjahres erfolgen. Dies gilt auch dann, wenn sich die Lebensumstände bereits im Laufe des ersten Versicherungsjahres geändert haben und uns dies gemeldet wurde.

(6) Basis- und Ergänzungsvertrag bilden im Rahmen des Lebensphasenkonzepts eine Einheit bzgl. der Risikoprüfung. Im Hinblick auf Rücktritt, Vertragsanpassung, Kündigung oder Anfechtung behalten wir uns daher vor, dies auf sämtliche im Rahmen des Lebensphasenkonzepts bestehenden Verträge zu beziehen.

(7) Im Übrigen gelten für jeden abgeschlossenen Ergänzungsvertrag bzw. jede Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages die jeweils zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen. Für den Basisvertrag vereinbarte Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln gelten auch für

Ergänzungsverträge bzw. Erhöhungen innerhalb des Basisvertrages im Rahmen des Lebensphasenkonzepts. Die Prämie für den Ergänzungsvertrag wird aus dem zum Zeitpunkt seines Abschlusses für den Neuzugang offenen Tarif unter Berücksichtigung der für den Basisvertrag vereinbarten Zuschläge, Ausschlüsse und Klauseln ermittelt. Die Prämie für die Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages errechnet sich aus dem zum Zeitpunkt der Vertragsänderung erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmebedingungen unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Vertragsänderung für diese dann vorgesehenen Sterbetafel und des vorgesehenen Rechnungszinses.

§ 11 Welche Besonderheiten sind zu beachten, wenn die Erhöhung des Versicherungsschutzes im Basisvertrag erfolgt?

Soll anstelle eines Ergänzungsvertrages die Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages erfolgen, so sind zusätzlich folgende Besonderheiten zu beachten:

- Die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung ist nur im Rahmen der beschriebenen Grenzen zulässig.
- Eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des bestehenden Vertrages kann abgelehnt werden, wenn eine solche Vertragsänderung nicht mehr zulässig ist oder mit einer Umstellung auf eine neue Sterbetafel und einen neuen Rechnungszins verbunden ist. In diesem Fall haben Sie jedoch das Recht einen Ergänzungsvertrag im Rahmen des Lebensphasenkonzepts abzuschließen.

Wenn Sie vom Lebensphasenkonzept Gebrauch machen, werden wir Sie über die steuerlichen Auswirkungen zum Zeitpunkt der Beantragung informieren. Zur Beibehaltung eventueller steuerlicher Vergünstigungen des Basisvertrages auch nach Inanspruchnahme des Lebensphasenkonzepts, sind die steuerlichen Rahmenbedingungen des Basisvertrages zu beachten.

§ 12 Was ist bei Basisrentenverträgen (Schicht 1) zu beachten?

Handelt es sich beim Basisvertrag oder Ergänzungsvertrag um einen steuerlich geförderten Basisrentenvertrag (Schicht 1), bei dem eine ergänzende Absicherung des Eintritts der Berufsunfähigkeit, der verminderten Erwerbsfähigkeit und von Hinterbliebenen vereinbart wird, ist Folgendes zu beachten:

Beitragsverhältnis bei Vereinbarung einer ergänzenden Absicherung des Eintritts der Berufsunfähigkeit, der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. von Hinterbliebenen

Für den Fall der ergänzenden Absicherung des Eintritts der Berufsunfähigkeit, der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. von Hinterbliebenen ist vereinbart, dass mehr als 50 % der Beiträge auf Ihre eigene Altersvorsorge als Versicherungsnehmer entfallen. Dies gilt auch für Änderungen (z. B. Erhöhungen) während der Vertragslaufzeit.

§ 13 Was ist bei Verträgen zu beachten, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung (Schicht 2) abgeschlossen wurden?

Das Recht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht auch, wenn es sich bei dem Basisvertrag um eine Direktversicherung oder eine Rückdeckungsversicherung handelt, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung (Schicht 2) abgeschlossen wurde. Dieses gilt auch für Direktversicherungen oder Rückdeckungsversicherungen, die von der versicherten Person als neuem Versicherungsnehmer nach dem Ausscheiden aus dem Unternehmen mit eigenen Beiträgen fortführt.

Nur der Versicherungsnehmer ist berechtigt, eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zu beantragen bzw. einen Ergänzungsvertrag abzuschließen.

Arbeitsrechtliche Vereinbarungen (z.B. in einer Versorgungsordnung) können den Regelungen des Lebensphasenkonzeptes entgegenstehen und sind vom Versicherungsnehmer zu berücksichtigen.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Deutzer Allee 1
50679 Köln
Telefon: 0221 7715-0
Fax: 0221 7715-7777
E-Mail: service@zurich.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter folgender Adresse

Zurich Gruppe Deutschland
Konzernschutz
50427 Köln
E-Mail: datenschutz@zurich.com

Herkunft und Kategorien personenbezogener Daten

Grundsätzlich erheben wir personenbezogene Daten direkt beim Betroffenen.

In bestimmten Fällen kann es jedoch sein, dass wir personenbezogene Daten von Dritten erhalten.

Beispiele:

- Bei Postrückläufern führen spezialisierte Dienstleister eine Adressrecherche durch, um aktuelle Anschriftdaten zu ermitteln.
- Daten zu Mitversicherten bzw. versicherten Personen erhalten wir über unseren Versicherungsnehmer, falls wir die Daten nicht direkt bei diesen Personen erheben können. Wir erheben z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum. Die erforderlichen Daten für den Leistungsfall erheben wir direkt beim Betroffenen.
- Daten zu Bezugsberechtigten oder Begünstigten erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum, um den Betroffenen im Leistungsfall kontaktieren zu können.
- Daten zu Sicherungsgebern, Kreditgebern, Leasinggebern, Bürgschafts- bzw. Garantiegläubigern und Forderungsinhabern erhalten wir unter Umständen von unserem Versicherungsnehmer. Umgekehrt kann es sein, dass wir von jenen Daten zum Versicherungsnehmer erhalten, insbesondere Kontaktdaten und Angaben zum betroffenen Risiko.
- Außerdem erhalten wir Daten zu Ihrer Person über Ihren zuständigen Vermittler, z. B. im Rahmen der Antragsaufnahme.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des

Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.zurich.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Versicherungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch die Leistung ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages sowie die Leistungsbearbeitung ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung versicherungsspezifischer Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Zurich Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung, hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke sowie eine Leistungsbearbeitung ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- für die Gesamtbetrachtung Ihrer Kundenbeziehung zu den Unternehmen der Zurich Gruppe in Deutschland,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Zurich Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen, soweit rechtlich zulässig,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall

die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Mitversicherer (Konsortialpartner):

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

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Zurich Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag bei einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformatio-

nen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformationen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung ohne Angabe von Gründen zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten zu wenden. Daneben haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Bei Abschluss einer Lebensversicherung fragen Zurich und andere Versicherungen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn hierfür ein berechtigtes Interesse besteht. Sofern hierfür Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben werden, geschieht dies nur auf Grundlage einer zuvor eingeholten Schweigepflichtentbindung. Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten.

Detaillierte Informationen zur informa HIS GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link:

www.informa-his.de

Bonitätsauskünfte

Sofern wir im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung in der Lebensversicherung eine Bonitätsauskunft einholen, geschieht dies nur mit Ihrer vorherigen Einwilligung.

Detaillierte Informationen über die infoscore Consumer Data GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. finden Sie auf folgender Internetseite:

<https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie in der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformationen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter:

www.zurich.de/datenschutz

Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung dieser Hinweise sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, erhalten Sie getrennt nach Unternehmen unter:

www.zurich.de/datenschutz

Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft und der von Ihnen gegebenenfalls im Rahmen Ihres Versicherungsantrags oder der Leistungsbearbeitung abgegebenen Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung. Dies beinhaltet auch die Weitergabe von Daten an Dienstleister, soweit dies für Erbringung der Dienstleistung erforderlich ist. Diese Liste nennt solche Dienstleister sowie Kategorien von Dienstleistern. Dienstleister bzw. Dienstleisterkategorien, die hierzu besondere Kategorien von Daten (wie z. B. biometrische oder Gesundheitsdaten etc.) erhalten könnten, sind mit ¹⁾ gekennzeichnet.

Einzelne Dienstleister können auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums niedergelassen sein. Eine Datenübermittlung an solche Dienstleister kann zum Beispiel erfolgen, wenn dies zwingend zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Vertrags erforderlich ist. Im Übrigen erfolgt eine solche Übermittlung nur, wenn das angemessene Datenschutzniveau am Sitz des Dienstleisters durch einen Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission (wie z. B. im Fall der Schweiz) oder durch geeignete Garantien, insbesondere den Abschluss der von der Europäischen Kommission erlassenen Standard-Datenschutzklauseln (diese können Sie bei uns erfragen), gewährleistet ist. Dienstleister bzw. Kategorien mit Sitz außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums sind mit ²⁾ gekennzeichnet.

An der zentralisierten Datenverarbeitung der Stammdaten teilnehmende Konzerngesellschaften

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft	Zurich Insurance Europe AG Niederlassung für Deutschland
Zurich Life Legacy Versicherung AG (Deutschland)	DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft	

Dienstleister, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
TDG Tele Dienste GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland) ¹⁾	Zentrale Dienstleistungen (z.B. Recht & Steuern, Revision, Compliance, Risikoprüfung, Vertragsverwaltung, Versicherungsvertrieb und Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen, Sanktions-Screening, Geldwäscheprävention)
Zurich Kunden Center GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)

Dienstleister, die für Zurich Insurance Europe AG Niederlassung für Deutschland (1.–5., 7), die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG und die Zurich Life Legacy Versicherung AG (Deutschland) (2. – 5.) sowie die DA Deutsche Allgemeine Versicherung AG (4. – 6.) tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
1. DKV Deutsche Krankenversicherung AG ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Auslandsreise-Krankenversicherung
2. Rheinland Versicherungs AG ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung mit eingeschlossener Zusatzversicherung (Arbeitsunfähigkeit/Arbeitslosigkeit)
3. AXA Partners SAS ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung für Baufinanzierungen (BaufiSchutz) bei der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung
4. GDV Dienstleistungs-GmbH & Co KG	Diverse Service-Dienstleistungen (u. a. Not- und Zentralruf der dt. Autoversicherer, Verfahren zur elektr. Versicherungsbestätigung)
5. informa HIS GmbH	Hinweis- und Informationssystem (HIS)
6. Dentolo Deutschland GmbH	Zentrale Dienstleistungen in der Krankenzusatz-, Tierhalterhaftpflicht und Tierkrankenversicherung: Vertragsverwaltung, Versicherungsvertrieb, Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen
7. Booking.com Transport Limited ^{1) 2)}	Vertrags- und Schadenbearbeitung im Rahmen von über booking.com geschlossener Versicherungsverträge (z.B. Car Hire Excess Insurance)

Kategorien von Dienstleistern, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrages ist bzw. die nur gelegentlich tätig werden

Dienstleisterkategorie	Gegenstand der Beauftragung
Adress-Dienstleister	Aktualisierung von Adressdaten
Archivierungs-/Entsorgungsunternehmen ¹⁾	Aktenarchivierung und Entsorgung von Akten/Datenträgern
Assistance-Dienstleister ^{1) 2)}	Assistance-Leistungen
Call-Center	Telefondienstleistungen
Druckereien	Druckdienstleistungen (Druck/Postversand)
Elektronisches Versandmanagement	Versanddienstleistungen (E-Mail Versand)
Medizinische Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater etc.) ¹⁾	Analyse, Begutachtung und Beratung zu Rehabilitations- und sonstigen medizinischen Maßnahmen
Sonstige Gutachter, Sachverständige, Prüfdienstleister ¹⁾	Erstellung von Gutachten/Expertisen; Beratung in speziellen Fällen
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT- und Telekommunikationsdienstleister ^{1) 2)}	IT-Dienstleistungen (z. B. IT, Telefonie, Netzwerk, Wartung)
Post-, Kommunikations- oder Logistikdienstleister ¹⁾	Postbearbeitung, Dokumenten-Management inkl. Digitalisierung
Marketingagenturen	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen, Analyse Dienstleister ¹⁾	Marktforschung, Web-Analyse
Auskunfteien und Recherchedienstleister (z. B. Detekteien) ¹⁾	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte, Recherchedienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien ¹⁾	Anwaltliche Dienstleistungen
Rehabilitationsdienste und Dienstleister für Hilfs- und Pflege- sowie medizinische Leistungen ¹⁾	Assistance-Leistungen (z. B. Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen)
Rückversicherer ^{1) 2)}	Einbindung in die Risiko- und Leistungsprüfung in speziellen Fällen
Schadendienstleister/Sanierer/Werkstätten	Unterstützung in der Schadenbearbeitung

Übersetzer und Dolmetscher	Übersetzungen und ähnliche Unterstützungsleistungen
Wirtschaftsprüfer	Prüfdienstleistungen
Zahlungsdienstleister	Abwicklung von Zahlungen über Zahlungsdienstleister (z.B. Kreditkartenanbieter)

Hinweis: Eine Weitergabe findet *nicht an alle* Dienstleister statt, sondern ggf. an einzelne Dienstleister und nur soweit es erforderlich und durch eine Rechtsgrundlage abgedeckt ist. Informationen zu Ihren Rechten bzgl. Ihrer Daten (wie z. B. einem evtl. Widerspruchsrecht) finden Sie mit weiteren Informationen zum Datenschutz in dem Dokument „Information zur Verwendung Ihrer Daten“ Ihrer Vertragsgesellschaft jeweils aktuell auf der Seite www.zurich.de/datenschutz.

Stand: 03/2024

Information über den Umgang mit Interessenkonflikten

1. Mögliche Interessenkonflikte und ihre Handhabung

Versicherungsschutz ist für den Verbraucher eine Vertrauensangelegenheit. Um dieses Vertrauen zu wahren, orientieren sich die Versicherungsunternehmen und der Versicherungsvertrieb an den Bedürfnissen des Kunden und stellen diese in den Mittelpunkt ihres Handelns. Die Beachtung der berechtigten Interessen und Wünsche des Kunden hat Vorrang vor dem Provisionsinteresse des Versicherungsunternehmens bzw. des Vermittlers.

Bei der Vielzahl an Dienstleistungen, welche die Zurich Gruppe Deutschland als Teil eines global agierenden Konzerns für ihre Kunden erbringt, lassen sich nicht immer alle tatsächlichen und potenziellen Interessenkonflikte von vorneherein ausschließen. In Übereinstimmung mit den Vorgaben des Versicherungsaufsichtsgesetzes informieren wir Sie daher nachfolgend über unsere weitreichenden Vorkehrungen zum Umgang und zur Vermeidung von Interessenkonflikten.

Solche Interessenkonflikte können sich ergeben zwischen Ihnen und unserem Versicherungsunternehmen selbst, einschließlich unserer Geschäftsleitung und unseren Angestellten, anderen Unternehmen unserer Gruppe, unseren vertraglich gebundenen oder unabhängigen Vertriebspartnern, oder anderen Personen, die mit uns verbunden sind, oder zwischen Ihnen und anderen Kunden.

Interessenkonflikte können sich insbesondere ergeben

- durch erfolgsbezogene Vergütung von Mitarbeitern und Vertriebspartnern;
- bei der Gewährung von Zuwendungen an unsere Mitarbeiter und Vertriebspartner;
- durch Erlangung von Informationen, die nicht öffentlich bekannt sind;
- aus persönlichen Beziehungen unserer Mitarbeiter oder der Geschäftsleitung oder der mit diesen verbundenen Personen;
- bei der Mitwirkung vorgenannter Personen in externen Aufsichts- oder Beiräten;
- dadurch, dass mindestens eine der oben genannten Personen maßgeblich an der Entwicklung eines bestimmten Versicherungsprodukts beteiligt ist und gleichzeitig am Vertrieb dieses Produktes partizipiert.

Da diese Interessenkonflikte nicht vollständig ausgeräumt werden können, hat unser Unternehmen Vorkehrungen dafür getroffen, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit dieser Interessenkonflikte minimiert wird und das Interesse unserer Kunden weiterhin im Mittelpunkt unserer Beratung steht.

2. Maßnahmen im Umgang mit Interessenkonflikten

In unserem Hause ist unter der direkten Verantwortung der Geschäftsleitung eine unabhängige Compliance-Funktion eingerichtet, die auf ein regelkonformes Verhalten der gesetzlichen Vertreter, der Mitarbeiter, sowie Vertriebspartner hinwirkt.

Damit obliegt dieser auch die Festlegung von Regeln, die die Identifikation, die Vermeidung und das Management von Interessenkonflikten sicherstellen sollen.

Im Einzelnen ergreifen wir u. a. folgende Maßnahmen:

- Erlass von internen Richtlinien zum Umgang mit Interessenkonflikten, insbesondere auch im Zusammenhang mit erfolgsbezogenen Vergütungsmodellen;
- Schulung und Sensibilisierung unserer Mitarbeiter und Vertriebspartner zur Erkennung und dem Umgang mit möglichen Interessenkonflikten;
- Prüfung sämtlicher Vergütungsmodelle im Vertrieb auf einen möglichen negativen Einfluss auf das Kundeninteresse;
- Begrenzung der Vergütungen auf ein angemessenes, nicht beeinflussendes Maß;
- Regelung der Annahme und Gewährung von Zuwendungen sowie deren Dokumentation;
- Erlass von Regeln zur Trennung von Verantwortungsbereichen zur Vermeidung von Interessenkonflikten;
- Führung einer Insiderliste, die der Verhinderung eines Missbrauchs von Insiderinformationen dient.

Auf Wunsch stellen wir Ihnen gerne weitere Einzelheiten zu diesen Grundsätzen zur Verfügung.