

Verbraucherinformation für Direktversicherungen nach § 3 Nr. 63 EStG

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

in der Fassung 01/2019

Ihr Versicherer:
Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
53288 Bonn
www.zurich.de

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Fondsgebundene Versicherung mit garantierter Mindestleistung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	6
Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung in der Fondsgebundenen Versicherung mit garantierter Mindestleistung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	22
Allgemeine Steuerhinweise zu Direktversicherungen für die Fondsgebundene Versicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	24
Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht	26
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (BUZ) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	29
Besondere Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (EUZ) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	37
Widerrufsbelehrung	44
Information zur Verwendung Ihrer Daten	45
Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland	47

Allgemeine Hinweise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

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

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

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

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

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Carsten Schildknecht
Poppelsdorfer Allee 25-33
53115 Bonn

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

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

Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

5. das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen, die nicht unter die Richtlinie 94/19/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 1994 über 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. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises.

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen.

14. die Laufzeit und gegebenenfalls Mindestlaufzeit des Vertrages.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

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

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

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

Wir nehmen verpflichtend an dem für Sie kostenfreien Streitbeilegungsverfahren bei der Verbraucherschlichtungsstelle **Versicherungsombudsmann e. V.** (Postfach 080632, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de) teil. Daher können Sie eine Beschwerde an den Versicherungsombudsmann richten. Sie können sich aber auch an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de) wenden. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

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

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

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

2. sonstige in die Prämie eingerechnete Kosten.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4. die Rückkaufswerte.

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

8. die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

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

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 mit garantierter Mindestleistung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

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

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was beinhaltet eine Fondsgebundene Versicherung?
- § 2 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?
- § 3 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?
- § 6 Was geschieht, wenn Fonds nicht mehr zur Verfügung stehen?
- § 7 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?
- § 8 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?
- § 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 10 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 11 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 12 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 13 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Fondsgebundene 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 Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
- § 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 24 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 25 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?
- § 26 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?

§ 1 Was beinhaltet eine Fondsgebundene Versicherung?

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

Die Fondsgebundene Versicherung als Beitragszusage mit Mindestleistung ist vor Rentenbeginn (Ansparphase) unter anderem an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock) unmittelbar beteiligt. Das Sondervermögen wird gesondert vom sonstigen Vermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteileneinheiten aufgeteilt. Zur Sicherstellung der gesetzlich geforderten Beitragsgarantie zum Rentenbeginn (vgl. Absatz 4) werden Beitragsteile in unserem sonstigen Vermögen angelegt. Mit Rentenbeginn wird dem Sondervermögen der auf Ihren Vertrag entfallende Anteil entnommen und in unserem übrigen Vermögen, d. h. in nicht fondsgebundener Form 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 Kapitalanlagerisiko 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 Lebensfall höher sein als bei einer weniger guten Fondsentwicklung. Im Todesfall ist immer das vereinbarte Mindesttodesfallverrentungskapital garantiert (vgl. § 2 Absatz 7).

(4) Zum vertraglich vereinbarten Rentenbeginn stehen mindestens die eingezahlten Beiträge, soweit diese nicht rechnungsmäßig für einen biometrischen Risikoausgleich verwendet wurden, zur Bildung einer Rente zur Verfügung (Beitragsgarantie zum Rentenbeginn).

(5) 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 Beitragsteilen ergibt, die zur Bildung der mit uns vereinbarten garantierten Leistung im Lebensfall 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 11) 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.

(6) Die Kalkulation der bei Vertragsbeginn im Versicherungsschein genannten Leistungen basiert vor Rentenbeginn auf der Sterbetafel DAV 1994T und verwendet einen Rechnungszins in Höhe von 0,90 %. In der Rentenphase basiert sie auf der Sterbetafel DAV 2004R und verwendet einen Rechnungszins in Höhe von 0,65 %. 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.

Der Termin der ersten Rentenzahlung (Abruftermin) ist im Versicherungsschein dokumentiert. Das Mindestrentenalter beträgt 62 Jahre.

Verfügungsphase

Wenn in Ihrem Vertrag eine Verfügungsphase eingeschlossen ist, gelten die folgenden Regelungen:

- Die Verfügungsphase beginnt und endet zu den in Ihrem Persönlichen Vorschlag und Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkten (frühestmöglicher bzw. spätestmöglicher Rentenbeginn).
- Sie haben während der Verfügungsphase zu jedem Monatsersten die Möglichkeit, die Leistung in voller Höhe abzurufen.
- Im Rahmen der steuerlichen Förderung kann ein teilweiser Abruf einmalig bis zu 30 % des Guthabens mit anschließender sofortiger Verrentung des verbleibenden Guthabens erfolgen.
- Soweit die Leistung nicht vorzeitig abgerufen worden ist, wird sie zum Ende der Verfügungsphase fällig.
- Die Leistung wird in Form einer Rente erbracht. Die Auszahlung kann jedoch, wenn von Ihnen gewünscht, auch in Form einer einmaligen Kapitalauszahlung erfolgen.

Ergibt sich eine monatliche Rente, die 1 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt, wird die Rente abgefunden. Der Vertrag erlischt.

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 Antrag kann frühestens fünf Monate vor dem Abruf der Leistung gestellt werden.

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

(2) Alternativ zur Rentenzahlung (vgl. Absatz 1) können Sie auch eine vollständige Auszahlung des Guthabens zuzüglich des Schlussüberschusses (Kapitalauszahlung) bis zu sechs Wochen

vor dem Abruf der Leistung beantragen. **Mit der vollständigen Kapitalauszahlung erlischt die Fondsgebundene Rentenversicherung.**

(3) Alternativ zur vollständigen Kapitalzahlung kann im Rahmen der steuerlichen Förderung auch eine teilweise Kapitalzahlung bis zu 30 % des Guthabens mit anschließender sofortiger Verrentung des verbleibenden Guthabens beantragt werden (Teilkapitalisierung). 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. Haben Sie eine Teilkapitalisierung beantragt, ohne dabei anzugeben, wie viel Prozent des Guthabens in einem Betrag ausbezahlt werden soll, so gilt die Auszahlung der höchstmöglichen Summe als vereinbart.

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

(5) Bereits bei Vertragsabschluss nennen wir Ihnen

- die lebenslange garantierte monatliche Rente je 10.000 EUR Guthaben (garantierter Rentenfaktor) zum Rentenbeginn und
- eine lebenslange monatliche garantierte Rente in absoluter Höhe – sofern zum Rentenbeginn 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 monatliche 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).

(6) Wenn die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat, können Sie den Vertrag vorzeitig beenden, und Sie erhalten den Rückkaufwert, der ohne Abzug berechnet wird. Eine

garantierte Mindestleistung 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 6 festgelegt sind. Die Sätze 3 bis 8 in Absatz 5 gelten entsprechend.

Bei einem Abruf vor dem ursprünglich vereinbarten Rentenbeginn kann nicht gewährleistet werden, dass zum vertraglich vereinbarten Rentenbeginn mindestens die eingezahlten Beiträge, soweit diese nicht rechnerisch für einen biometrischen Risikoausgleich verwendet wurden, zur Bildung der Rente zur Verfügung stehen.

Unsere Leistung bei Tod der versicherten Person

(7) Bei Tod der versicherten Person vor dem Abruf der vollständigen Leistung wird aus dem Guthaben, mindestens jedoch aus der Höhe des vereinbarten Mindesttodesfallverrentungskapitals zuzüglich des anteiligen Schlussüberschusses (vgl. § 3 Absatz 5) eine lebenslange Hinterbliebenenrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt. Deren Höhe richtet sich nach dem Alter des Hinterbliebenen zum Todeszeitpunkt der versicherten Person sowie den dann gültigen Rentenprodukten unserer Gesellschaft und kann daher noch nicht angegeben werden. Die Rente zahlen wir an die bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 19 Absatz 2). **Sind solche Hinterbliebenen nicht mehr vorhanden, endet die Versicherung. Ergibt sich eine monatliche Rente, die 1 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt, wird die Rente abgefunden. Der Vertrag erlischt.**

Die Hinterbliebenenleistung kann auch als einmalige Kapitalleistung ausgezahlt werden, sofern das Kapitalwahlrecht vom bezugsberechtigten Hinterbliebenen nach dem Tod der versicherten Person, jedoch vor dem Zeitpunkt der ersten Rentenzahlung an den Hinterbliebenen, ausgeübt wird. Sind im Falle des Todes der versicherten Person vor dem vorgesehenen Rentenbeginn keine bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 19 Absatz 2) vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt maximal 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Guthaben kommt den übrigen Personen derselben Bestandsgruppe zugute. Ist das Guthaben niedriger als 8.000 EUR, wird das Guthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person ausgezahlt, die die versicherte Person in Textform als Empfänger benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

Bezüglich der Höhe des Mindesttodesfallverrentungskapitals kann bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung bei Vertragsabschluss zwischen den beiden nachfolgenden Modellen gewählt werden. Bei Verträgen mit Einmalbeitrag erfolgt die Todesfallabsicherung immer über das Modell Premiumschutz.

Basisschutz

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

Premiumschutz

Das Mindesttodesfallverrentungskapital 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 des Mindesttodesfallverrentungskapitals gewählt wurde, desto geringer sind die Risikobeiträge, die dem Fonds-Deckungskapital entnommen werden.

Wurde der Prozentsatz Null gewählt, so ist kein Mindesttodesfallverrentungskapital vereinbart. In diesem Fall erfolgt bei Tod der versicherten Person vor dem vertraglich vereinbarten 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 des Mindesttodesfallverrentungskapitals beantragen. Eine Absenkung des Mindesttodesfallverrentungskapitals kann jedoch abgelehnt werden, insbesondere wenn sie mit der Umstellung auf eine neue Sterbetafel oder einen neuen Rechnungszins verbunden wäre oder gesetzlichen Rahmenbedingungen entgegenstehen würde.

Bei einer Anhebung des Mindesttodesfallverrentungskapitals behalten wir uns das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung und der Berücksichtigung des aktuellen Risikos in den zukünftigen Risikobeiträgen vor. Durch die Änderung des Mindesttodesfallverrentungskapitals können sich die Ihnen genannten garantierten Leistungen ändern. Die geänderten Werte teilen wir Ihnen dann im Versicherungsschein mit.

(8) Sofern eine Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von maximal x Jahren vereinbart ist, ist bei Tod der versicherten Person in der Rentenzahlungszeit eine lebenslange Hinterbliebenenleistung vorgesehen. Ausgangspunkt für deren Berechnung ist die vereinbarte maximale Dauer der Rentenzahlung an die versicherte Person. Die Höhe der Hinterbliebenenleistung errechnet sich nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus dem zum Todeszeitpunkt der versicherten Person vorhandenen Guthaben. Dieses Guthaben wird aus der Differenz zwischen der vereinbarten maximalen Dauer der Rentenzahlung an die versicherte Person und dem Zeitraum bestimmt, den die versicherte Person vor Ablauf dieser maximalen Dauer verstorben ist. Stirbt die versicherte Person nach deren Ablauf, wird keine Leistung aus dem Vertrag mehr fällig und die Versicherung erlischt. Die Hinterbliebenenleistung zahlen wir an die bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 19 Absatz 2). **Sind solche Hinterbliebenen nicht mehr vorhanden, endet die Rentenleistung. Ergibt sich eine monatliche Rente, die 1 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt, wird die Rente abgefunden. Der Vertrag erlischt.**

Die Hinterbliebenenleistung kann auch als einmalige Kapitalleistung ausgezahlt werden, sofern das Kapitalwahlrecht vom bezugsberechtigten Hinterbliebenen nach dem Tod der ver-

sicherten Person, jedoch vor dem Zeitpunkt der ersten Rentenzahlung an den Hinterbliebenen, ausgeübt wird.

Sind im Falle des Todes der versicherten Person nach Rentenbeginn keine bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 19 Absatz 2) vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt maximal 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Guthaben kommt den übrigen Personen derselben Bestandsgruppe zugute. Ist das Guthaben niedriger als 8.000 EUR, wird das Guthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person ausgezahlt, die die versicherte Person in Textform als Empfänger benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

Sie können vor Rentenbeginn eine Änderung der für die Rentenzahlungszeit vereinbarten Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von x Jahren beantragen.

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

Der Antrag kann frühestens fünf Monate vor dem Abruf der Leistung gestellt werden. Änderungen der Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von x Jahren bzw. der Einschluss einer Hinterbliebenenleistung aus der Rentenzahlungszeit haben Auswirkungen auf die Ihnen genannte garantierte Rente. Hierüber werden wir Sie gesondert unterrichten.

Art unserer Leistung

(9) Die Leistungen erbringen wir grundsätzlich in Geld.

(10) Auf Ihre Mitteilung hin prüfen wir, ob die auf das Fondsdeckungskapital entfallende Leistung bei Kapitalauszahlung in Fondsanteilen erbracht werden kann. Dieser Antrag 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. Geht kein entsprechender Antrag ein oder ist die Übertragung der Anteile nicht möglich, erbringen wir unsere Leistung vollständig in Geld.

(11) Bei Rentenbeginn, Kapitalauszahlung 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 13).

(12) 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 13 genannten Stichtag.

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

Unsere Leistung aus der Überschussbeteiligung

(14) 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 zugesagte Beitragsgarantie zum Rentenbeginn sicherzustellen, sind die vereinbarten Beiträge zur Fondsgebundenen Versicherung vorsichtig kalkuliert.

Vor Abruf der Rentenzahlung bzw. der Kapitalauszahlung entstehen neben der Werterhöhung der Fondsanteile und der Bildung neuer Fondsanteile nach § 3 Absatz 3 Überschüsse, wenn sich der Verlauf der Sterblichkeit und der Kosten günstiger gestalten, als wir bei der Beitragskalkulation angenommen haben. Für die garantierte Leistung im Erlebensfall bilden wir 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 Erlebensfallleistung 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. der Kapitalauszahlung 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 zuteilt werden. Dies kann in folgenden Formen geschehen:

▪ Grundüberschussanteil vor Rentenbeginn

Bezugsgröße ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Garantie-Deckungskapital (vgl. § 1 Absatz 5). 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 und jeweils für ein Kalenderjahr garantiert. Er kann auch Null betragen.

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

Vor Rentenbeginn:

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

Bei Wahl der Kapitalauszahlung vor Rentenbeginn wird der Schlussüberschuss zusammen mit dieser 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. Der zweite Wert ergibt sich aus der Anwendung der zum Zeitpunkt des Rentenbeginns im Rentennewgeschäft 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 der Ansparphase 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 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 Absätze 5 und 6 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 die Vorschrift 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 Rentenbezug, auf eine andere von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene Überschussverwendungsform umstellen. Wir werden Sie zu gegebener Zeit informieren.

Ergänzender Hinweis

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

Dies gilt dann, wenn

- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat, und
- die Reduzierung angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der 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 Absatz 2 sowie § 11).

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

§ 5 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

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

(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 Rückkaufwertes 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 Kapitalleistung nur bis zur Höhe des für den Bewertungsstichtag (vgl. § 2 Absatz 13) berechneten Rückkaufwertes (vgl. § 12 Absatz 2). Etwaige Beitragsrückstände werden wir vom Rückkaufwert 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 Rückkaufwert (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 vorvertraglicher Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht zur Kündigung.

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

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

Rückwirkende Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. 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 Annahmehescheidung 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 eine bezugsberechtigte Person als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch eine bezugsberechtigte Person 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 eine Änderung der Beitragszahlungsweise beantragen. Der Umstellungstermin hängt von der bisherigen bzw. zukünftigen Zahlungsweise ab. Die Versicherungsperiode ändert sich dementsprechend. Durch eine Änderung der Beitragszahlungsweise können sich die Ihnen genannten garantierten Leistungen ändern. Die geänderten Werte teilen wir Ihnen dann im Versicherungsschein mit.

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

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

(6) 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 beträgt mindestens 200 EUR.
- Die Summe der geleisteten Zuzahlungen dürfen zusammen mit den für dieses Kalenderjahr vereinbarten Beiträgen insgesamt 8 % der in diesem Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) nicht übersteigen.

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

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

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

Bei einer Zuzahlung fallen Abschluss- und Vertriebskosten an. Das Verhältnis zwischen Zuzahlung und Abschluss- und Vertriebskosten für die Zuzahlung entspricht dabei dem Verhältnis zwischen Beitragssumme und Abschluss- und Vertriebskosten, wie sie Ihnen vor Vertragsabschluss mitgeteilt worden sind. Sie

werden einmalig mit der eingehenden Zuzahlung verrechnet. Im Übrigen gilt für die Verwendung der Zuzahlung § 5.

Laufende Einmalbeiträge

(7) Bei vereinbarten laufenden Einmalbeiträgen gilt abweichend von Absatz 6 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 rechnermäßigen Alter, der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmbedingungen 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 6.

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

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

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

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den 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.

Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ggf. erforderlichen ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr, die unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht, beläuft sich auf 10 % der Beiträge des ersten Versicherungsjahres bzw. auf 1 % des Einmalbeitrags.

(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 hingewiesen haben.

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

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

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn Sie

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

Jedoch besteht kein Versicherungsschutz für einen zwischenzeitlich eingetretenen Versicherungsfall.

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

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

(1) Sie können Ihre Versicherung – bei Wahl der Rentenzahlung jedoch nur vor dem vereinbarten 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. Der Rückkaufswert entspricht dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital für diese Leistung.

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

Die Erstattung des Rückkaufswertes kann nur erfolgen, sofern die gesetzlichen Regelungen (§ 1 b, § 2 und § 3 Betriebsrentengesetz) dem nicht entgegenstehen. Wird der versicherten Person die Versicherungsnehmerstellung übertragen, nachdem sie aus den Diensten des Arbeitge-

bers mit einer unverfallbaren Anwartschaft im Sinne des Betriebsrentengesetzes ausgeschieden ist, darf sie gemäß § 2 Absatz 2 Sätze 5 und 6 Betriebsrentengesetz aufgrund einer Kündigung des Vertrages den Rückkaufswert in Höhe des durch Beitragszahlungen des Arbeitgebers oder aufgrund von Entgeltumwandlungen gebildeten Zeitwerts nicht in Anspruch nehmen; im Falle einer Kündigung wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt. Absatz 5 gilt entsprechend. § 169 Absatz 1 VVG findet insoweit keine Anwendung.

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.

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

Übertragungswert (Portabilität)

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

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

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

Im Falle einer vollständigen Beitragsfreistellung werden das Mindesttodesfallverrentungskapital und die garantierte Erlebensfallsumme sowie die lebenslange garantierte monatliche Rente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herabgesetzt. Die Leistungen reduzieren sich dadurch im Verhältnis der Summe der wegfallenden Beiträge zur gesamten Beitragssumme. Ist eine Verfügungsphase vereinbart, gehen in dieses Verhältnis nur die Beiträge bis zum frühestmöglichen Rentenbeginn ein. Bei einer Beitragsfreistellung bleibt die Beitragsgarantie zum Rentenbeginn gemäß § 1 Absatz 4 erhalten. Bei einer vollständigen oder teilweisen Beitragsfreistellung wird kein Abzug erhoben. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

Unter den gleichen Voraussetzungen können Sie auch eine befristete Beitragsfreistellung für eine Dauer von maximal 24 Monaten verlangen. Zum Ende dieser mit uns vereinbarten Dauer wird der Vertrag dann automatisch mit den bisherigen Beiträgen wieder in Kraft gesetzt. Das Mindesttodesfallverrentungskapital und die garantierte Erlebensfallsumme sowie die

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

(7) Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt (Beitragsreduzierung), so ist der Antrag nur wirksam, wenn der verbleibende Jahresbeitrag mindestens 120 EUR beträgt. Ist dies nicht der Fall, so erhalten Sie den Rückkaufswert (vgl. Absatz 2), und die Versicherung erlischt. Die Erstattung des Rückkaufswertes kann nur erfolgen, sofern die gesetzlichen Regelungen (§ 1 b, § 2 und § 3 Betriebsrentengesetz) dem nicht entgegenstehen.

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

Beitragsrückzahlung

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

Wiederinkraftsetzung

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

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind vollständig gezahlt.
- Das Recht wird innerhalb von 24 Monaten nach Wirksamwerden der Beitragsfreistellung uns gegenüber uns geltend gemacht. Ist bei Ihrem Vertrag ein Premiumschutz mit einem Faktor größer als 100 (vgl. § 2 Absatz 7) oder eine Berufs-/ Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen und wird das Recht auf Wiederinkraftsetzung nach sechs 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, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Höhe der ausstehenden Beiträge erhalten haben, zurückzuzahlen.

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.

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

§ 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 als Beitragszusage mit Mindestleistung umwandeln. Dies müssen Sie mit einer Frist von einem Monat zum Schluss einer jeden Versicherungsperiode in Textform bei uns beantragen. Die Umwandlung ist frühestens zum Ende des ersten Versicherungsjahres möglich. Die Umwandlung ist nur möglich, sofern wir zum gewünschten Umwandlungszeitpunkt eine konventionelle Rentenversicherung als Beitragszusage mit Mindestleistung 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) Sie haben das Recht, bis einen Monat vor dem Rentenbeginn in Textform zu 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.

(2) 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 besparen, 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 Antrag auf Umschichtung von Fonds-Deckungskapital führen wir wie nachfolgend beschrieben durch: Stichtag für die Preisfestsetzung ist der auf den Antragseingang 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. Insofern werden wir den beantragten 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 Bewertungstichtag, 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 Annahme des Antrages möglich und bezieht sich auf alle folgenden Beitragsfälligkeiten. Nach Änderung der Beitragsanlage in Fonds werden auch die erwirtschafteten Überschüsse nach dem von Ihnen gewählten neuen Aufteilungsverhältnis angelegt. 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

(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 –, frühestens zum Ende des 5. Versicherungsjahres, das Ablaufmanagement aktivieren. Dieses sieht eine Umschichtung der Fonds-Deckungskapitalien in einen Rentenfonds, derzeit DWS Euroland Strategie (Renten)

vor. Zur Erreichung eines gleichmäßigen, kontinuierlichen Übergangs wird monatlich ein der monatlichen Restlaufzeit bis zum Rentenbeginn – bei Einschluss einer Verfügungsphase vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn – entsprechender Bruchteil der jeweiligen Fondsanteile umgeschichtet. Ab Beginn des Ablaufmanagements fließen die weiteren Sparbeiträge Ihrer Versicherung ausschließlich einem Rentenfonds, derzeit DWS Euroland Strategie (Renten) zu.

Wir werden Sie jährlich während der letzten 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 mehr als ein Fonds bespart wird.

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 den 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 9 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 Monatesersten neu erteilen.

Fristen

(9) Um eine fristgerechte Ausführung Ihres Auftrages gemäß der Absätze 5, 6, 7 oder 8 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 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 Rückkaufwert 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 Kapitalauszahlung auf unsere Kosten einen amtlichen Lebensnachweis der versicherten Person verlangen.

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

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

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

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

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

§ 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 5 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Bezugsrecht für den Todes- und Erlebensfall

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

Soweit die Prämienzahlung im Wege der Entgeltumwandlung (§ 1 Absatz 2 Nr. 3 Betriebsrentengesetz) erfolgt, ist die versicherte Person von Beginn der Versicherung an unwiderruflich bezugsberechtigt für den Erlebensfall. Ist eine Hinterbliebenenleistung mitversichert, sind die benannten Hinterbliebenen der versicherten Person begünstigt für den Todesfall. Der Versicherungsnehmer hat das Recht zu bestimmen, welcher der nach Maßgabe des Absatzes 2 in Betracht kommenden Hinterbliebenen begünstigt sein soll; er kann die versicherte Person zur Ausübung dieses Rechts ermächtigen.

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

- **Unwiderrufliches Bezugsrecht;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt. Dieses Bezugsrecht umfasst sämtliche Leistungen.
- **Unwiderrufliches Bezugsrecht unter Vorbehalten;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht unter den nachstehenden Vorbehalten eingeräumt:
Dem Arbeitgeber bleibt das Recht vorbehalten, alle Leistungen für sich in Anspruch zu nehmen,
 - wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalles endet, es sei denn, die versicherte Person hat das 21. Lebensjahr vollendet und die Versicherung hat drei Jahre bestanden,
 - wenn die versicherte Person Handlungen begeht, die dem Arbeitgeber das Recht geben, die Versicherungsansprüche zu mindern oder zu entziehen.Dieses Bezugsrecht umfasst sämtliche Leistungen.
- **Widerrufliches Bezugsrecht;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein widerrufliches Bezugsrecht eingeräumt. Dieses Bezugsrecht umfasst sämtliche Leistungen.

Versorgungsberechtigte Personen

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

- a) der überlebende Ehegatte/Lebenspartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet/verpartnert war
- b) der Lebensgefährte, unter der Voraussetzung, dass eine Versicherung der versicherten Person in Textform vorliegt, in der der Lebensgefährte unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift genannt ist und bestätigt wird, dass eine gemeinsame Haushaltsführung besteht
- c) die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder im Sinne des § 32 Absatz 3 und Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Absatz 5 EStG und Kinder in einem besonderen Obhuts- und Pflegeverhältnis im Sinne der steuerlichen Bestimmungen und die namentlich als Begünstigte benannt wurden.

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

Sterbegeld

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

Abtretung, Verpfändung und Beleihung

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

Anzeigepflicht

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

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

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

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

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

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

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

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins,
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Rückläufern im SEPA-Lastschriftverfahren.

Im Einzelnen werden von uns derzeit nachfolgende Gebühren erhoben:

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

(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 sogenannten 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 sogenannten Ausgleichswert verrechnet.

(3) Bei Abschluss der Vereinbarung „individuelle Fondsanlage“ ist eine Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals und eine Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) oder beides zum gleichen Zeitpunkt zwölf Mal im Jahr gebührenfrei. Ab dem 13. Mal erheben wir eine Gebühr von 50 EUR. Im Rahmen des Ablaufmanagements werden keine Gebühren für die Umschichtung des Fonds-Deckungskapitals und die Änderung der künftigen Beitragsanlage (in Fonds) erhoben.

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

(5) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale 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 Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

(6) 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 Trans-

aktionen 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.

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

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 24 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 oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 25 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.

§ 26 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.

Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung

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

mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

▪ Modell Bn

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

▪ Modell K

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz auf Grundlage des letzten vereinbarten Beitrags des vorhergehenden Kalenderjahres. Der Beitrag nach dynamischer Anpassung beträgt jedoch maximal 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

▪ Modell Kn

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz auf Grundlage des letzten vereinbarten Beitrags des vorhergehenden Kalenderjahres. Der Beitrag nach dynamischer Anpassung beträgt maximal 8 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (vgl. § 3).

(3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger als bis die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter¹⁾ von 67 Jahren erreicht hat.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

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

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

§ 3 Wie errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

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

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

Ebenfalls wird 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 Garantiedeckungskapital 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 ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

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

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

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

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

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

Allgemeine Steuerhinweise zu Direktversicherungen

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

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2018)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

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

A. Einkommensteuer

I. Steuerliche Behandlung der Beiträge

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

Beiträge, die ein inländischer Arbeitgeber zu einer Direktversicherung entrichtet, unterliegen der Lohnsteuer. Dagegen bleiben Beiträge des Arbeitgebers aus dem ersten Dienstverhältnis für eine Direktversicherung zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, bei der eine Auszahlung der zugesagten Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung in Form einer Rente oder eines Auszahlungsplans vorgesehen ist, im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei. Danach können Beiträge im Kalenderjahr in Höhe von bis zu 8 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) steuerfrei bleiben. Dies gilt nicht, soweit der Arbeitnehmer nach § 1 a Absatz 3 des Betriebsrentengesetzes verlangt hat, dass die Voraussetzungen für eine Förderung nach § 10 a oder Abschnitt XI EStG erfüllt werden.

Sofern bereits eine steuerliche Förderung nach § 40 b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung genutzt wird, verringert sich der Höchstbetrag entsprechend um diese Zuwendungen. Aus Anlass der Beendigung des Dienstverhältnisses geleistete Beiträge zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung sind steuerfrei, soweit sie 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) vervielfältigt mit der Anzahl der Kalenderjahre, in denen das Dienstverhältnis des Arbeitnehmers zu dem Arbeitgeber bestanden hat, höchstens jedoch zehn Jahre, nicht übersteigen. Der Höchstbetrag ist nicht anzuwenden für Nachholungsbeiträge aus Anlass der Beendigung eines Dienstverhältnisses, soweit eine steuerliche Förderung nach § 40 b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung genutzt wird.

Beiträge, die für Kalenderjahre nachgezahlt werden, in denen das erste Dienstverhältnis ruhte und vom Arbeitgeber im Inland

kein steuerpflichtiger Arbeitslohn bezogen wurde, sind steuerfrei, soweit sie 8 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West), vervielfältigt mit der Anzahl dieser Kalenderjahre, höchstens jedoch zehn Kalenderjahre, nicht übersteigen. Übersteigen die Beitragszahlungen die o. g. Grenzen des § 3 Nr. 63 EStG, unterliegen sie insoweit der Lohnsteuer. Wird während der Aufschubzeit ein vereinbartes Kapitalwahlrecht ausgeübt, unterliegt dieses insoweit der individuellen Einkommensteuer des Arbeitnehmers. Sozialabgabenfrei sind die Beiträge zu einer Direktversicherung bis maximal 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

Förderbeitrag

Arbeitgeber dürfen vom Gesamtbetrag der einzubehaltenden Lohnsteuer für jeden Arbeitnehmer mit einem ersten Dienstverhältnis 30 % des zusätzlichen Arbeitgeberbeitrages zur kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, höchstens 144 EUR entnehmen und bei der nächsten Lohnsteuer-Anmeldung gesondert absetzen. Voraussetzung ist, dass:

1. der Arbeitslohn des Arbeitnehmers im Inland der Lohnsteuer unterlag,
2. der Arbeitgeber für den Arbeitnehmer zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn im Kalenderjahr mindestens einen Betrag in Höhe von 240 EUR (maximal 480 EUR) an einem Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder für eine Direktversicherung zahlt,
3. im Zeitpunkt der Beitragsleistung der Arbeitslohn nicht mehr beträgt als
 - a) 73,34 EUR bei einem täglichen Lohnzahlungszeitraum,
 - b) 513,34 EUR bei einem wöchentlichen Lohnzahlungszeitraum,
 - c) 2.200,00 EUR bei einem monatlichen Lohnzahlungszeitraum oder
 - d) 26.400,00 EUR bei einem jährlichen Lohnzahlungszeitraum.
4. eine Auszahlung der zugesagten Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgungsleistungen in Form einer Rente oder eines Auszahlungsplans (§ 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz) vorgesehen ist.

II. Steuerliche Behandlung der Leistungen

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

Sofern und soweit die Beiträge zu einer Direktversicherung nicht nach § 3 Nr. 63 EStG steuerlich gefördert wurden, wird die Rentenleistung nach § 22 Nr. 5 Satz 2 a EStG mit dem Ertragsanteil aus § 22 Nr. 1 Satz 3 a bb EStG besteuert.

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

Rentenbezugsmitteilung

Versicherungsunternehmen sind gemäß § 22 a EStG verpflichtet, der Zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum letzten Tag des Monats Februar des Folgejahres die für den Besteuerungszeitraum zugeflossenen Leibrenten und deren Empfänger zu melden (Rentenbezugsmitteilung).

B. Erbschaftsteuer

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

C. Versicherungsteuer

Beiträge zu Direktversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer.

D. Umsatzsteuer

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

Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht

A. Anpassungsprüfungspflicht

Gemäß § 16 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 um mindestens 1 % zu erhöhen,
- bei einer Direktversicherung alle ab Rentenbeginn anfallenden Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Leistungen verwendet werden. Bei einer Entgeltumwandlung ist diese Gewinnverwendung zwingend vorgeschrieben,
- eine Beitragszusage mit Mindestleistung erteilt wurde.

B. Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für Rentner

Sämtliche Leistungen aus einer 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.

Allgemeine Steuerhinweise

für die Fondsgebundene Versicherung – Private Vorsorge (Schicht 3)

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2018)
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 Erbensfall 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 Investmenterträgen 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. 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.

Für Fondsgebundene Rentenversicherungen gelten obige Aussagen entsprechend.

Fondsgebundene Versicherungen mit Dynamik

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

Zusatzversicherungen zu Fondsgebundenen Versicherungen

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

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

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

Rentenbezugsmitteilung

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

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

Besondere Bedingungen

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

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Berufsunfähigkeit

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

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

Berufliche Integrations- und Rehabilitationsberatung

(2) Bei Eintritt des Versicherungsfalls bietet unsere Gesellschaft kostenfrei die Möglichkeit einer beruflichen Integrations- und Rehabilitationsberatung an. Gegenstand der Beratung sind z. B. Fragen der medizinischen Versorgung, mögliche Rehabilitationsmaßnahmen, Möglichkeiten einer beruflichen Integration durch Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen oder einer Integration in einen anderen Beruf. Diese Beratung wird von uns bzw. durch von uns beauftragte anerkannte Fachleute angeboten. Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll erkannte Maßnahmen werden von uns eingeleitet und begleitet. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Entstehen des Anspruchs

(3) Der Anspruch auf Leistung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit 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 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. Ebenso setzt der Beginn einer eventuell vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Monats ein, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

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. Absatz 9). Tritt Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund vor Ablauf der Wartezeit ein, erlischt die BUZ mit sofortiger Wirkung. Die bis zu diesem Zeitpunkt bereits gezahlten Beiträge werden nicht zurückerstattet. Für eine nach Ablauf der Wartezeit eintretende Berufsunfähigkeit leisten wir unabhängig von deren Ursache, soweit in § 3 Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

Erlöschen des Anspruchs

(4) Der Anspruch auf Leistung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das erforderliche Ausmaß (vgl. § 2 Absatz 8) sinkt, wenn die versicherte Person stirbt oder die jeweilige Leistungsdauer der BUZ endet.

Verspätete Anzeige

(5) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit angezeigt, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so wird eine Leistung fällig, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

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 gestundeten Beiträge sind binnen 24 Monaten in zu vereinbarenden Raten, beginnend mit dem Monat nach Ablauf der Stundung, nachzahlen. 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. 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) Voraussetzung für die Rentendynamik im Rentenbezug ist, dass zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit die planmäßige Erhöhung in die Hauptversicherung eingeschlossen ist.
- b) Die Erhöhungen erfolgen, solange Leistungen aus der Versicherung erbracht werden. Gleiches gilt auch während der Dauer einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit.
- c) 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

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

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- a) Unfälle, die auf Geistes- oder Bewusstseinsstörungen zurückzuführen sind, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Absatz 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; 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.

§ 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. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Übt die versicherte Person 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 dabei 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.

Für Selbständige gilt: Wenn der Arbeitsplatz oder der Tätigkeitsbereich in zumutbarer Weise umorganisiert werden kann, liegt ebenso 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, keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht.

Als eine der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht 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 %.

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

(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.

(4) Befindet sich die versicherte Person bei Vertragsabschluss in einer Ausbildung zu einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf, so liegt über die Regelungen der Absätze 1 bis 3 hinaus Berufsunfähigkeit erst vor, wenn die versicherte Person auch keine andere, ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausüben kann. Dies gilt hingegen nicht, wenn sich die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles im letzten Ausbildungsjahr befindet oder wenn die versicherte Person vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits eine auf Dauer angelegte Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, zu der diese Ausbildung führt oder die mit dem Ausbildungsziel vergleichbar ist.

Befindet sich die versicherte Person bei Vertragsabschluss in einem Studium an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule, so liegt über die Regelungen der Absätze 1 bis 3 hinaus Berufsunfähigkeit erst vor, wenn die versicherte Person auch keine andere, ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausüben kann. Dies gilt hingegen nicht, wenn die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits eine auf Dauer angelegte Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, zu der dieses Studium führt oder die mit dem Studienziel vergleichbar ist.

(5) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden wegen einer innerhalb von fünf Jahren nach dem Ausscheiden eingetretenen Berufsunfähigkeit Leistungen beantragt, gilt für die Frage, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, die Definition in Absatz 1 entsprechend. Dabei werden der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf und die damit zu diesem Zeitpunkt erreichte Lebensstellung zu Grunde gelegt. Nach Ablauf von fünf Jahren nach dem Ausscheiden kommt es bei der Anwendung für das Vorliegen von Berufsunfähigkeit im Sinne des Absatzes 1 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie vorhandener Kenntnisse und Fähigkeiten bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben und danach erworben hat. 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. Für das Vorliegen von Berufsunfähigkeit gilt in diesen Fällen ausschließlich die Definition in Absatz 1.

(6) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre bisherige

berufliche Tätigkeit wegen Infektionsgefahr fortzuführen (vollständiges Tätigkeits-/Beschäftigungsverbot), und sich dieses Verbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Berufsunfähigkeit liegt hingegen nicht vor, sofern die Person für die Dauer des Verbots von ihrem Arbeitgeber mit einer anderen Tätigkeit betraut wird oder wenn die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

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 Leistungen.

(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 Tabelle liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.

Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

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

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

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

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. 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 wegen Berufsunfähigkeit 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.

(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;
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(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, 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 sach-

dienliche 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 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 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 sechs Wochen.

(3) In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis von bis zu 18 Monaten aussprechen. Im Interesse des Versicherungsnehmers sind auch darüber hinausgehende Dauern möglich. 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) Nach Ablauf der Befristung prüfen wir das Vorliegen bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit nach den Grundsätzen der Erstprüfung, sofern Sie eine erneute Prüfung beantragen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern.

§ 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 Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

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

(2) Befindet sich die versicherte Person bei Vertragsabschluss in einer Ausbildung (Lehre, Studium etc.), so können wir über die Regelung des Absatzes 1 hinaus auch prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Dies gilt hingegen nicht, wenn die versicherte Person vor dem Eintritt des Versicherungsfalls bereits eine auf Dauer angelegte Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, zu der diese Ausbildung führt oder die mit dem Ausbildungsziel vergleichbar ist.

(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.

(4) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der 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 3 gilt entsprechend.

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

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

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus der BUZ bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

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

§ 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Abweichend von den Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 Rückkaufswert steht nicht zur Verfügung. Gegebenenfalls zur Verfügung stehende nicht verbrauchte Beitragsteile erstatten wir im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(8) Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der BUZ, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung und den ggf. eingeschlossenen sonstigen Zusatzversicherungen (Rückkaufswert, beitragsfreie 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 weder abgetreten, verpfändet noch beliehen werden.

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

§ 10 Wann können Sie in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?

(1) Kündigen Sie oder stellen Sie Ihren Vertrag teilweise oder vollständig beitragsfrei, so können Sie Ihren Berufsunfähigkeitschutz 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 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 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 BU-Bonus 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 drei 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 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Überschussermittlung

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

Überschussbeteiligung

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

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

Beitragsverrechnung

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

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

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

Verzinsliche Ansammlung

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

Beitragsfreie Berufsunfähigkeits-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 Berufsunfähigkeits-schutzes (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 BU 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 BUZ-Rente 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.

§ 12 Können die Beiträge angepasst werden?

Ein durch die laufenden Überschussanteile ermäßigter Beitrag (vgl. § 11 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.

§ 13 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.

§ 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

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

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

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

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

Besondere Bedingungen

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

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Erwerbsunfähigkeit

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

Berufliche Integrations- und Rehabilitationsberatung

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

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

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 eine bedingungs-gemäße Erwerbsunfähigkeit angezeigt, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so wird eine Leistung fällig, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

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 gestundeten Beiträge sind binnen 24 Monaten in zu vereinbarenden Raten, beginnend mit dem Monat nach Ablauf der Stundung, nachzuzahlen. 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) Voraussetzung für die Rentendynamik im Rentenbezug ist, dass zum Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit die planmäßige Erhöhung in die Hauptversicherung eingeschlossen ist.
- b) Die Erhöhungen erfolgen, solange Leistungen aus der Versicherung erbracht werden. Gleiches gilt auch während der Dauer einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit.
- c) 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 Kriegereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhe, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. 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 Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten 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.

(2) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung beantragt, 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.

Die hierdurch entstehenden Kosten 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 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, 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 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 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 4 Wochen, 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 sechs Wochen.

(3) In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis von bis zu 18 Monaten aussprechen. Im Interesse des Versicherungsnehmers sind auch darüber hinausgehende Dauern möglich. 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) Nach Ablauf der Befristung prüfen wir das Vorliegen bedingungsgemäßer Erwerbsunfähigkeit nach den Grundsätzen der Erstprüfung, sofern Sie eine erneute Prüfung beantragen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern.

§ 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 Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend.

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

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

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

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus der EUZ bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch 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 Vertragsabschluss ausüben.

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

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

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

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

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

Von dem so ermittelten Betrag wird kein Abzug einbehalten.

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

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

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

(6) Eine Fortführung der EUZ unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 5 ist allerdings nur möglich, wenn

die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Andernfalls werden die zu erstattenden Beitragsteile (vgl. 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 Leistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

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

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

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

§ 10 Wann können Sie in eine selbständige Erwerbsunfähigkeitsabsicherung wechseln?

(1) Kündigen Sie oder stellen Sie Ihren Vertrag teilweise oder vollständig beitragsfrei, so können Sie Ihren Erwerbsunfähigkeitschutz 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 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 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 drei 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 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 809 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 Leistung 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 Erwerbsunfähigkeits-Bonus 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 überschussberechtigten 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 Leistung der Hauptversicherung verwendet. Bei einer Risikolebensversicherung 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 überschussberechtigten 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 Leistung 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.

§ 12 Können die Beiträge angepasst werden?

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

§ 13 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

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

§ 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

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

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

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

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

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss einer Lebensversicherung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG,
Poppelsdorfer Allee 25-33,
53115 Bonn.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0228 268 7777.

Bitte geben Sie in Ihrer Widerrufserklärung auch die Vertragsnummer an.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag zwischen dem Beginn des Versicherungsschutzes und dem Zugang der Widerrufserklärung um einen Betrag in Höhe von $\frac{1}{365}$ des für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

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
Poppelsdorfer Allee 25-33
53115 Bonn
Telefon: 0228/268-01
Fax: 0228/268-3692
E-Mail: service@zurich.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter folgender Adresse

Zurich Gruppe Deutschland
Konzernschutz
53096 Bonn
E-Mail: datenschutz@zurich.com.

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 Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages 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 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 berechnete 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,
- 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. Weitere Informationen zur Weitergabe von personenbezogenen Daten und die Verwendung dieser Daten durch unsere Rückversicherer finden Sie auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz.

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 zwischen Ihnen und 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 Verbraucherinformationen 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

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 und Sparten 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 Schweigepflichtentbindungserklärung. 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 Gesundheitsdaten 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

ADAC Autoversicherung AG	DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft	Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland	

Dienstleister, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
Bonnfinanz Aktiengesellschaft für Vermögensberatung und Vermittlung ¹⁾	Versicherungsvertrieb
DEUTSCHER HEROLD Aktiengesellschaft ¹⁾	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision)
TDG Tele Dienste GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland) ¹⁾	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision)
Zurich Kunden Center GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zurich Service GmbH ¹⁾	Risikoprüfung, Vertragsverwaltung, Versicherungsvertrieb und Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen

Dienstleister, die für Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland (1. – 4.) sowie die DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft (3. – 4.) 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. GDV Dienstleistungs-GmbH & Co KG	Diverse Service-Dienstleistungen (u. a. Not- und Zentralruf der deutschen Autoversicherer, Verfahren zur elektronischen Versicherungsbestätigung)
4. informa HIS GmbH	Hinweis- und Informationssystem (HIS)

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
Adressdienstleister	Aktualisierung von Adressdaten
Archivierungs-/Entsorgungsunternehmen ¹⁾	Aktenarchivierung und Entsorgung von Akten/Datenträgern
Assistancedienstleister ^{1) 2)}	Assistanceleistungen
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 sowie Beratung in speziellen Fällen
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT- und Telekommunikationsdienstleister ^{1) 2)}	IT-Dienstleistungen (z. B. IT, Telefonie, Netzwerk, Wartung)
Logistikdienstleister ¹⁾	Posteingangsbearbeitung/Dokumenten-Management
Marketingagenturen	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Recherchedienstleister (z. B. Detekteien) ¹⁾	Auskunfts- und Recherchedienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien ¹⁾	Anwaltliche Dienstleistungen
Rehabilitationsdienste und Dienstleister für Hilfs- und Pflege- sowie medizinische Leistungen ¹⁾	Assistanceleistungen (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

Hinweis: Sofern Dienstleister nicht streng weisungsgebunden als Auftragsverarbeiter eingesetzt werden, sondern eine eigene Entscheidungskompetenz haben (wie z. B. typischerweise bei Sachverständigen und Gutachtern), unterbleibt die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an einen solchen Dienstleister, wenn Sie dieser Übermittlung widersprechen und geltend machen können, dass in der konkreten Situation ausnahmsweise Ihre schutzwürdigen Interessen das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegen.

Stand: 05/2018