


Kundeninformationen für eine FondsRente Vario

der Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
(Stand 01.01.2010)

PROVINZIAL

Die Versicherung der  Sparkassen

Inhaltsverzeichnis

- Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung
- Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für fondsgebundene Rentenversicherungen (zusätzliche Angaben)
- Besondere Bedingungen für den Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz mit erweitertem Leistungsumfang im Rahmen der fondsgebundenen Rentenversicherung
- Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option
- Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung
- Welche Steuerregelungen gelten für die private (auch fondsgebundene) Rentenversicherung?
- Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Fondsgebundene Rentenversicherung -
- Merkblatt zur Datenverarbeitung

**Provinzial NordWest
Lebensversicherung
Aktiengesellschaft**
Die Versicherung der  Sparkassen
Sophienblatt 33
24097 Kiel
Handelsregister Kiel, HRB 5705
St.-Nr. 5337 5914 0146

Vorstand:
Ulrich Rüther (Vorsitzender)
Gerd Borggrebe, Peter Hanus,
Dr. Ulrich Lüxmann-Ellinghaus
Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Volker Goldmann

Postanschrift:
**Westfälische Provinzial
Versicherung Aktiengesellschaft**
Landesdirektion der Provinzial
NordWest Lebensversicherung
Aktiengesellschaft · 48131 Münster
Telefon 0251/219-0
Telefax 0251/219-2300
www.provinzial-online.de

Bankverbindungen:
WestLB AG Münster
BLZ 400 500 00 · Konto 60 327
Postbank Dortmund
BLZ 440 100 46 · Konto 5 580 463

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung

(Stand 01.01.2010)

PROVINZIAL
Die Versicherung der Sparkassen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz und wie ist das Versicherungsjahr festgelegt?	§ 3
Wie verwenden wir Ihre Beiträge?	§ 4
Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 5
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 6
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	§ 7
Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	§ 8
Was geschieht, wenn ein Beitrag nicht rechtzeitig eingezogen werden kann?	§ 9
Sie wollen vor Beginn der Rentenzahlung den Fonds wechseln?	§ 10
In welchem Umfang können Sie eine Todesfallsumme neu einschließen oder eine vereinbarte Todesfallsumme ändern?	§ 11

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Was bietet die fondsgebundene Rentenversicherung?

- (1) Die fondsgebundene Rentenversicherung bietet vor Beginn der Rentenzahlung Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock wird gesondert von unserem übrigen Vermögen geführt und in Fondsanteilen der zur Auswahl stehenden Investmentfonds getrennt angelegt.

Mit Beginn der Rentenzahlung werden dem Anlagestock die auf Ihren Vertrag entfallenden Fondsanteile entnommen und der zugehörige Wert in unserem übrigen Vermögen - wie bei nicht-fondsgebundenen, konventionellen Rentenversicherungen - angelegt. Die Fondsbindung entfällt; die Höhe der lebenslangen Rente ist dann nicht mehr von der Fondsentwicklung abhängig.

- (2) Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der Anteile der von Ihnen gewählten Investmentfonds einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Da die Wertentwicklung der Fondsanteile nicht voraussehbar ist, können wir den Wert der Leistung im Erlebensfall (Rente oder Kapitalabfindung) oder bei Kündigung nicht garantieren. Im Fall des Todes der versicherten Person vor Beginn der Rentenzahlung wird - sofern vereinbart - mindestens die vereinbarte Todesfallsumme fällig. Eine ungünstige Wertentwicklung der Anteile der von Ihnen gewählten Investmentfonds kann jedoch dazu führen, dass die Versicherung vorzeitig erlischt (vgl. § 4 Absatz 5).
- (3) Die Höhe der Versicherungsleistungen vor und bei Beginn der Rentenzahlung ist vom Wert der insgesamt gutgeschriebenen Fondsanteile (Deckungskapital) abhängig. Das Deckungskapital Ihrer Versicherung ergibt sich aus der Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Fondsanteile. Den Wert des Deckungskapitals Ihrer Versicherung ermitteln wir börsentäglich dadurch, dass die Anzahl der Fondsanteile Ihrer Versicherung mit dem von der Kapitalanlagegesellschaft veröffentlichten Rücknahmepreis eines Anteils des von Ihnen gewählten Investmentfonds multipliziert

Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen, beitragsfrei stellen oder die Beitragszahlung unterbrechen (Beitragspause)?	§ 12
Wie werden die Abschlusskosten verrechnet?	§ 13
Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	§ 14
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 15
Wer erhält die Versicherungsleistungen?	§ 16
Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?	§ 17
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?	§ 18
Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?	§ 19
Bis wann müssen uns gegenüber versicherungsvertragliche Ansprüche spätestens geltend gemacht werden?	§ 20
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 21
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 22
Wie wird der Wert des Fondsguthabens zum Ablauf gesichert?	§ 23
Was passiert, wenn Fonds nicht mehr zur Verfügung stehen oder wenn bei Fonds Änderungen eintreten?	§ 24
Was ist bei einer erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit zu beachten?	§ 25
Wann können diese Bedingungen angepasst werden?	§ 26

wird. Setzt sich das Deckungskapital Ihrer Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen, ermitteln wir den Wert für jedes Teildeckungskapital getrennt.

Welche Versicherungsleistung erbringen wir im Erlebensfall?

- (4) Die Rente wird erstmals fällig, wenn die versicherte Person den vereinbarten - im Versicherungsschein genannten - Rentenzahlungsbeginn erlebt. Sie können jedoch bereits während der im Versicherungsschein dokumentierten Abrufphase zu Beginn eines jeden Monats vorzeitig die Rentenzahlung abrufen. In diesem Fall wird die Rente erstmals zum Abruftermin fällig, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Der Antrag auf Abruf der vorzeitigen Rentenzahlung muss mindestens vier Börsentage* vor dem gewünschten Abruftermin bei uns eingegangen sein. Andernfalls beginnt die Rentenzahlung erst am folgenden Monatsersten.

Die Höhe der Rente wird aus dem am letzten Börsentag* vor Beginn der Rentenzahlung vorhandenen Wert des Deckungskapitals und den zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung zugrunde liegenden Rechnungsgrundlagen (z.B. Sterbetafel, Rechnungszins) ermittelt. Mindestens zahlen wir Ihnen jedoch die Rente, die sich unter Anwendung des garantierten Rentenfaktors zu diesem Rentenbeginnstermin gemäß Absatz 6 ergibt. Erreicht diese Rente den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 nicht, zahlen wir eine Kapitalabfindung entsprechend Absatz 11.

Wir zahlen die Rente lebenslang, mindestens für die unabhängig vom Erleben garantierte Laufzeit der Rente (Rentengarantiezeit) zum Ersten eines jeden Monats. Die Rentengarantiezeit beginnt mit dem ersten Fälligkeitstermin der Rente.

Rentensteigerung

- (5) Ist eine Steigerung der Renten nach Beginn der Rentenzahlung vereinbart, erhöht sich die jeweilige Rente jährlich um den verein-

**Provinzial NordWest
Lebensversicherung
Aktiengesellschaft**
Die Versicherung der Sparkassen
Sophienblatt 33
24097 Kiel
Handelsregister Kiel, HRB 5705
St.-Nr. 5337 5914 0146

Vorstand:
Ulrich Rüter (Vorsitzender)
Gerd Borggrebe, Peter Hanus,
Dr. Ulrich Lüxmann-Ellinghaus
Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Volker Goldmann

**Postanschrift:
Westfälische Provinzial
Versicherung Aktiengesellschaft**
Landesdirektion der Provinzial
NordWest Lebensversicherung
Aktiengesellschaft · 48131 Münster
Telefon 0251/219-0
Telefax 0251/219-2300
www.provinzial-online.de

Bankverbindungen:
WestLB AG Münster
BLZ 400 500 00 · Konto 60 327
Postbank Dortmund
BLZ 440 100 46 · Konto 5 580 463

barten Prozentsatz, erstmals zu Beginn des zweiten Jahres der Rentenzahlung.

Garantierte Rentenfaktoren

- (6) Im Versicherungsschein nennen wir Ihnen die garantierten Rentenfaktoren für Ihre Versicherung. Diese Rentenfaktoren geben an, welche Rente sich bei Beginn der Rentenzahlung in den einzelnen Jahren der Abrufphase je 10.000 Euro Wert des Deckungskapitals mindestens ergibt. Die garantierten Rentenfaktoren basieren auf einem Rechnungszins in Höhe von 1,5 % p.a. und einer Sterbetafel mit einer Sterbewahrscheinlichkeit in Höhe von 80 % der Sterbetafel DAV 2004R.

Abgekürzte Rentenzahlung

- (7) Sie können zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn oder zu einem der Abruftermine verlangen, dass anstelle einer lebenslangen Rente eine im Rahmen der tariflichen Bestimmungen abgekürzte Rentenzahlung erfolgt und die Rentengarantiezeit neu festgelegt wird. Wir zahlen die abgekürzte Rente, solange die versicherte Person lebt, mindestens für die Rentengarantiezeit und längstens für die vereinbarte Rentenzahlungsdauer. Ihre Anforderung der abgekürzten Rentenzahlung muss spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung bei uns eingegangen sein. Unter Berücksichtigung der Vertragsänderung wird die Rente für diesen Rentenbeginnstermin auf Basis der zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung geltenden Rechnungsgrundlagen neu berechnet. Mindestens zahlen wir Ihnen jedoch die abgekürzte Rente, die sich unter Anwendung der Rechnungsgrundlagen des garantierten Rentenfaktors zu diesem Rentenbeginnstermin gemäß Absatz 6 ergibt.

Wenn Sie die abgekürzte Rentenzahlung wählen, ist der Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung nicht möglich.

Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung zum Beginn der Rentenzahlung

- (8) Sie können bis zwei Monate vor dem Beginn der Rentenzahlung verlangen, dass zum ersten Fälligkeitstag der Rente (Einschlussstermin) eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung mit einer namentlich zu nennenden Person als mitversicherte Person ohne Gesundheitsprüfung eingeschlossen wird, sofern der Einschlussstermin mindestens drei Jahre nach dem Beginn der Versicherung liegt.

Für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung gelten die besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung einschließlich der Anpassungen, die gemäß § 26 mit Wirkung für bestehende Verträge bis zum Einschlussstermin erfolgt sind.

Sollte vor dem Einschlussstermin die mitzuversichernde Person versterben, gilt dieses Recht als nicht ausgeübt.

Der Abruf der Rentenzahlung vor dem Einschlussstermin ist ausgeschlossen, es sei denn, Sie widerrufen Ihre Entscheidung für den Einschluss der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung.

Bei Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung ist für die Zusatzversicherung kein gesonderter Beitrag zu entrichten. Stattdessen werden die Renten auf Basis der zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung geltenden Rechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung des zum Einschlussstermin erreichten rechnerischen Alters***) der versicherten Personen neu berechnet. Hierdurch vermindert sich die nach Absatz 4 zu zahlende Rente. Die Hinterbliebenenrente darf die verbleibende Rente nicht überschreiten und beide Renten müssen den Mindestbetrag, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 festgelegt ist, erreichen.

Erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit

- (9) Sie können zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn oder zu einem der Abruftermine verlangen, dass anstelle der jeweiligen Rente eine erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit gezahlt wird. Voraussetzung für den Abruf der erhöhten Rente wegen Pflegebe-

dürftigkeit ist, dass die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne des § 25 Absatz 1 ist.

Ihre Anforderung der erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit muss mindestens vier Börsentage*) vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung bei uns eingegangen sein. Andernfalls beginnt die Rentenzahlung erst am folgenden Monatsersten.

Wir zahlen die erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit lebenslang zum Ersten eines jeden Monats. Die Höhe der Rente wegen Pflegebedürftigkeit wird aus dem am letzten Börsentag*) vor Beginn der Rentenzahlung vorhandenen Wert des Deckungskapitals und den zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an sofort beginnenden Rentenversicherungen wegen Pflegebedürftigkeit zugrunde liegenden Rechnungsgrundlagen, und unter Berücksichtigung des zu diesem Termin erreichten rechnerischen Alters***) der versicherten Person ermittelt. Mindestens zahlen wir Ihnen jedoch die Rente, die sich unter Anwendung des garantierten Rentenfaktors für die Rente wegen Pflegebedürftigkeit zu diesem Rentenbeginnstermin ergibt.

Diese garantierten Rentenfaktoren basieren auf einem Rechnungszins in Höhe von 1,5 % p.a. und einer Sterbetafel mit einer Sterbewahrscheinlichkeit in Höhe von 80 % der Ausscheideordnung für Pflegebedürftige der Deutschen Rück, basierend auf der Sterbetafel DAV 2004R (Tarifwerk 2010).

Die erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit muss den Mindestbetrag, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 14 Absatz 3 festgelegt ist, erreichen.

Weitere Wahlrechte zum Beginn der Rentenzahlung

- (10) Zu Beginn der Rentenzahlung können Sie verlangen, dass
- die vereinbarte Rentengarantiezeit verlängert oder verkürzt wird,
 - im Rahmen der tariflichen Bestimmungen die Rentengarantiezeit ausgeschlossen und stattdessen vereinbart wird, dass bei Tod der versicherten Person nach Beginn der Rentenzahlung die Kapitalabfindung gemäß Absatz 11 abzüglich der bereits gezahlten ab Rentenbeginn vereinbarten Renten gezahlt wird. Der Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung ist in diesem Fall nicht möglich.

Unter Berücksichtigung der Vertragsänderung wird die Rente für diesen Rentenbeginnstermin auf Basis der zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung geltenden Rechnungsgrundlagen neu berechnet. Mindestens zahlen wir Ihnen jedoch die Rente, die sich unter Anwendung der Rechnungsgrundlagen des garantierten Rentenfaktors zu diesem Rentenbeginnstermin gemäß Absatz 6 ergibt.

Kapitalabfindung

- (11) Anstelle der Rentenzahlungen leisten wir zu Beginn der Rentenzahlung eine Kapitalabfindung, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt und uns der Antrag auf Kapitalabfindung mindestens vier Börsentage*) vor Beginn der Rentenzahlung zugegangen ist (Kapitalwahlrecht). Die Kapitalabfindung erbringen wir ebenfalls auf Basis des am letzten Börsentag*) vor Beginn der Rentenzahlung vorhandenen Wertes des Deckungskapitals. Mit der Kapitalabfindung erlischt die Versicherung.

Anstelle der vollständigen Kapitalabfindung können Sie zum Beginn der Rentenzahlung auch eine Teilkapitalabfindung erhalten, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt. Die Teilkapitalabfindung mindert das für die Berechnung der lebenslangen Rente zur Verfügung stehende Deckungskapital. Eine Teilkapitalabfindung können Sie jedoch nur verlangen, wenn sowohl die Teilkapitalabfindung als auch die herabgesetzte lebenslange Rente jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 erreicht. Ihre Anforderung einer Teilkapitalabfindung muss uns mindestens vier Börsentage*) vor dem maßgeblichen Termin zugegangen sein.

Stirbt die versicherte Person innerhalb der Rentengarantiezeit,

kann eine Abfindung der noch ausstehenden Renten verlangt werden.

Teilauszahlung

- (12) Sie können einmal pro Kalenderjahr zu jedem Monatsersten eine Teilauszahlung verlangen, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Der Antrag auf Teilauszahlung muss uns mindestens vier Börsentage*) vor diesem Termin zugegangen sein. Die Teilauszahlung erbringen wir auf Basis des am letzten Börsentag*) vor dem Teilauszahlungstermin vorhandenen Wertes des Deckungskapitals.

Die Teilauszahlung entnehmen wir dem Deckungskapital. Setzt sich das Deckungskapital Ihrer Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen, entnehmen wir den Betrag im Verhältnis der Werte der einzelnen Teildeckungskapitale den einzelnen Teildeckungskapitalen.

Die gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme setzen wir im gleichen Verhältnis herab, wie sich das Deckungskapital durch die Entnahme der Teilauszahlung verringert. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen, sind nach einer Teilauszahlung die Beiträge in unveränderter Höhe weiter zu entrichten.

Eine Teilauszahlung können Sie nur verlangen, wenn sowohl die Teilauszahlung als auch das verbleibende Deckungskapital jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 erreichen. Erreicht die verbleibende gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme den Mindestwert nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 nicht, entfällt sie.

Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit (Dread Disease-Option)

- (13) Bei Eintritt einer schweren Krankheit der versicherten Person können Sie vor Beginn der Rentenzahlung eine Kapitalleistung in Höhe des vorhandenen Wertes des Deckungskapitals (vgl. § 1 Abs. 3) verlangen. Die schweren Krankheiten sind in unseren "Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option" aufgeführt. Anstelle der vollständigen Kapitalleistung können Sie auch eine Teilkapitalleistung verlangen. Die Teilkapitalleistung muss so bemessen sein, dass sowohl dieser Betrag den Mindestbetrag für Teilauszahlungen nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" nicht unterschreitet als auch das verbleibende Deckungskapital den dort aufgeführten Mindestbetrag erreicht.

Diese Versicherungsleistung wird nach Ablauf einer Karenzzeit von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose fällig, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Ausnahmen sind bei einzelnen schweren Krankheiten in unseren "Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option" ausdrücklich benannt. Darüber hinaus setzt bei einigen Krankheiten der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit ein. Die Wartezeit beginnt mit Zahlung des ersten Beitrages. Der Eintritt, die Karenzzeit und die Wartezeit der versicherten schweren Krankheiten werden in unseren "Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option" definiert.

Der Antrag auf Inanspruchnahme der (Teil-)Kapitalleistung muss uns zusammen mit dem Nachweis der schweren Krankheit mindestens vier Börsentage*) vor dem gewünschten Auszahlungstermin zugegangen sein. Die (Teil-)Kapitalleistung erbringen wir auf Basis des am letzten Börsentag*) vor dem Auszahlungstermin vorhandenen Wertes des Deckungskapitals. Die (Teil-)Kapitalleistung entnehmen wir dem Deckungskapital.

Nach einer vollständigen Kapitalleistung erlischt die Versicherung.

Bei einer Teilkapitalleistung entnehmen wir - sofern sich das Deckungskapital aus Anteilen mehrerer Fonds zusammensetzt - den Betrag im Verhältnis der Werte der einzelnen Teildeckungskapitale den einzelnen Teildeckungskapitalen.

Die gegebenenfalls versicherte Todesfallsumme setzen wir in die-

sem Fall im gleichen Verhältnis herab, wie sich das Deckungskapital durch die Entnahme der Teilkapitalleistung verringert. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen, sind nach Inanspruchnahme der Teilkapitalleistung die Beiträge in unveränderter Höhe weiter zu entrichten.

Welche Versicherungsleistung erbringen wir im Todesfall vor Beginn der Rentenzahlung?

- (14) Stirbt die versicherte Person vor Beginn der Rentenzahlung, erbringen wir den Wert des Deckungskapitals. Dabei erfolgt die Ermittlung des Wertes des Deckungskapitals zum zweiten Börsentag*) nach Eingang der Meldung des Todesfalles. Sofern vereinbart, zahlen wir jedoch mindestens die vereinbarte Todesfallsumme.

Einmalige Kapitalentnahme nach Beginn der Rentenzahlung

- (15) Sie haben die Möglichkeit zu Beginn eines Versicherungsjahres - frühestens nach Ablauf des zweiten Rentenbezugsjahres und spätestens zu Beginn des letzten Versicherungsjahres der Rentengarantiezeit einmalig Kapital zu entnehmen, sofern Ihre Rentenversicherung eine Rentengarantiezeit umfasst und keine Hinterbliebenen-Zusatzversicherung eingeschlossen ist. Gleiches gilt bei einer Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr, jedoch längstens bis zu dem Beginn des Versicherungsjahres, in dem im Todesfall letztmalig eine Restkapitalrückgewähr erfolgt.

Der Höchstentnahmebetrag entspricht dem Wert des Deckungskapitals für die noch nicht ausgezahlten vereinbarten Renten der restlichen Rentengarantiezeit bzw. der Todesfallleistung. Der Mindestentnahmebetrag darf den Mindestwert der Kapitalentnahme nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängigen Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 nicht unterschreiten.

Nach einer Kapitalentnahme wird die Rente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus dem Ihrer Versicherung noch zur Verfügung stehenden Kapital mit den für die Beitragskalkulation geltenden Rechnungsgrundlagen zum Kapitalentnahmezeitpunkt neu berechnet. Die erste neu berechnete Rente wird zum Kapitalentnahmezeitpunkt ausgezahlt. Das Recht auf Kapitalentnahme können Sie nur ausüben, wenn die sich nach der Kapitalentnahme ergebende Rente nicht höher als die vereinbarte Rente ist und den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 nicht unterschreitet.

Nach einer Kapitalentnahme entfallen die ursprünglich vereinbarte Todesfallleistung und das Recht zu einer weiteren Kapitalentnahme. Der Antrag auf Kapitalentnahme muss spätestens zwei Monate vor dem Entnahmetermin bei uns eingegangen sein.

Was gilt für die Auszahlung?

- (16) Nach Beginn der Rentenzahlung erbringen wir die Versicherungsleistungen in Euro. Vor Beginn der Rentenzahlung kann der Anspruchsberechtigte bei Kapitalleistungen statt der Auszahlung in Euro verlangen, dass wir die Anteile der von ihm gewählten Investmentfonds bis zur Höhe des vorhandenen Deckungskapitals übertragen. Über den Wert des Deckungskapitals hinausgehende Leistungen erbringen wir in Euro.

Das Wahlrecht auf Übertragung der Fondsanteile muss im Todesfall mit der Meldung des Todesfalles, bei Kündigung mit dem Kündigungsschreiben und bei Wahl der Kapitalabfindung, der Teilkapitalabfindung oder einer Teilauszahlung mit dem Antrag hierauf ausgeübt werden.

- (17) Wünscht der Anspruchsberechtigte die Übertragung von Fondsanteilen, erheben wir Übertragungskosten nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 1. Dadurch verringert sich die Anzahl der zu übertragenden Fondsanteile. Bruchteile von Fondsanteilen erbringen wir in Euro. Erreicht der Wert des Deckungskapitals den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 nicht, erbringen wir die Leistung in Euro.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrages vor Beginn der Rentenzahlung ist die Wertentwicklung des Anlagestockes, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (vgl. § 1). Darüber hinaus beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Bei fondsgebundenen Versicherungen entstehen vor Beginn der Rentenzahlung keine Bewertungsreserven.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- (a) Vor Beginn der Rentenzahlung entstehen Überschüsse dann, wenn Sterblichkeit und Kosten niedriger sind als bei der Beitragskalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 75% und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50% (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Nach Beginn der Rentenzahlung stammen die Überschüsse im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen des übrigen Vermögens (vgl. § 1 Absatz 1). Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst Mittel entnommen, die zur Finanzierung der vereinbarten Versicherungsleistungen benötigt werden. Den verbleibenden Betrag verwenden wir für die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Überschüssen.

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere dann, wenn Lebenserwartung und Kosten niedriger sind als bei der Kalkulation der Rente angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Mindestzuführungsverordnung angemessen beteiligt. Satz 2 gilt entsprechend.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Überschussverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben (verursachungsorientiertes Verfahren).

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Nach Beginn der Rentenzahlung dient diese Rückstellung dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, 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.

- (b) Nach § 252 Absatz 1 Ziffer 4 HGB sind die im Jahresabschluss

ausgewiesenen Vermögensgegenstände vorsichtig zu bewerten und - soweit sie nicht zum Anlagestock (vgl. § 1 Absatz 1) gehören - höchstens mit ihren Anschaffungs- oder Herstellungskosten (§ 253 Absatz 1 HGB) bzw. - im Falle der in § 341c HGB genannten Kapitalanlagen - ihrem Nennbetrag anzusetzen. Übersteigt der Zeitwert der Kapitalanlagen ihren in der Bilanz ausgewiesenen Wert, entstehen Bewertungsreserven. Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven sind die Bewertungsreserven des Teils der Kapitalanlagen, der durch die Beitragszahlungen zu Kapital bildenden Versicherungen mit Überschussbeteiligung entstanden ist (überschussbeteiligungsrelevante Bewertungsreserven). Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

Gemäß § 54 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) wird im Anhang zum Jahresabschluss der Zeitwert zum Schluss des Geschäftsjahres für die Gesamtheit der zum Anschaffungswert oder zum Nennwert ausgewiesenen Kapitalanlagen ebenso angegeben wie der bilanzierte Wert, der Zeitwert und die Bewertungsreserven des Teils der Kapitalanlagen, der in die Berechnung der Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven einzubeziehen ist. Die jährlich neu ermittelten Bewertungsreserven werden gemäß § 153 Absatz 3 VVG nach einem verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zugeordnet.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

- (a) Ihre Versicherung gehört vor Beginn der Rentenzahlung zum Überschussverband Fondsgebundene Rentenversicherungen (Tarifwerk 2010) in der Bestandsgruppe Fondsgebundene Lebensversicherungen. Ab Rentenbeginn wird Ihre Versicherung dem Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen zugeordnet, der zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen gilt. Sollte jedoch der garantierte Rentenfaktor Anwendung finden, wird Ihre Versicherung zum Rentenbeginn in einen gesonderten Überschussverband in dieser Bestandsgruppe eingeordnet. Die genaue Bezeichnung des Überschussverbandes werden wir Ihnen bei Beginn der Rentenzahlung mitteilen.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Für die erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit gilt abweichend § 25 Abs. 2.

- (b) Während der Rentenzahlung wird Ihrem Vertrag jährlich ein Anteil an den überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven gemäß Absatz 1 b mittels eines verursachungsorientierten Verfahrens rechnerisch zugeordnet. Zur Beteiligung an den Bewertungsreserven wird von diesem Anteil mindestens die Hälfte des auf die Jahresrente oder auf die gegebenenfalls fällige Versicherungsleistung entfallenden Betrages verwendet.
- (c) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Überschüsse ergeben sich aus den als Anlage beigefügten "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese sind Bestandteil dieser Bedingungen.

(3) Höhe der künftigen Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor vor Beginn der Rentenzahlung ist dabei die Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Nach Rentenbeginn ist die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts dominierend. Die absolute Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann daher nicht garantiert werden.

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz und wie ist das Versicherungsjahr festgelegt?

- (1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres An-

trages in Textform oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) zu zahlen (vgl. § 8 Absatz 2). Unsere Leistungspflicht entfällt bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 9 Absatz 3).

- (2) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns der Versicherung um 12 Uhr und endet am Jahrestag im folgenden Kalenderjahr um 12 Uhr. Während der Rentenbezugszeit beginnt ein Versicherungsjahr am Jahrestag des Beginns der Rentenzahlung um 12 Uhr und endet am Jahrestag im folgenden Kalenderjahr um 12 Uhr.

§ 4 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

- (1) Die für die Beitragskalkulation tariflich festgelegten Vertriebskosten ziehen wir als Vomhundertsatz von den Beiträgen ab. Der Anlagebeitrag ist der Teil eines jeden Beitrags, der nach Abzug der tariflich festgelegten Vertriebskosten verbleibt. Wir führen den Anlagebeitrag dem Anlagestock (vgl. § 1 Absatz 1) zum Zeitpunkt der Beitragsfälligkeit zu und rechnen ihn gemäß Absatz 3 in Anteile des von Ihnen gewählten Investmentfonds um. Haben Sie festgelegt, dass der Anlagebeitrag in mehreren Fonds angelegt werden soll, erfolgt die Aufteilung des Anlagebeitrags in dem vereinbarten Verhältnis.
- (2) Die für die Beitragskalkulation tariflich festgelegten Abschlusskosten entnehmen wir monatlich gleichmäßig dem Deckungskapital für die Dauer von 5 Versicherungsjahren, längstens bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung. Die zur Deckung des versicherten Todesfallrisikos bestimmten, nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Risikobeiträge und die tariflich festgelegten Verwaltungskosten entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats dem Deckungskapital. Setzt sich das Deckungskapital Ihrer Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen, entnehmen wir die Abschlusskosten, die Risikobeiträge und die Verwaltungskosten im Verhältnis der Werte der einzelnen Teildeckungskapitale.
- (3) Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des jeweiligen Fonds. Werden gemäß den Absätzen 1 und 2 Euro-Beträge dem Deckungskapital zugeführt bzw. entnommen, wird bei der Umrechnung der Euro-Beträge in Fondsanteile bzw. umgekehrt der von der Kapitalanlagegesellschaft veröffentlichte jeweilige Rücknahmepreis der Fondsanteile (Anteilspreis ohne Ausgabeaufschlag) zugrunde gelegt. Dabei ist für die Bewertung der Börsentag*) maßgebend, der mit dem jeweiligen Zeitpunkt der Durchführung zum Deckungskapital bzw. der Entnahme aus dem Deckungskapital zusammenfällt oder ihm folgt.
- (4) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Fondsanteilen nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar den Fonds zu und erhöhen damit den Wert der jeweiligen Fondsanteile. Mit den ausgeschütteten Erträgen eines Fonds erwerben wir Anteile des gleichen Fonds, die wir unverzüglich im Verhältnis des zum Ausschüttungszeitpunkt vorhandenen Deckungskapitals des gleichen Fonds Ihrer Versicherung anteilig gutschreiben.
- (5) Eine ungünstige Wertentwicklung der Anteile der von Ihnen gewählten Investmentfonds kann dazu führen, dass die jeweiligen tariflich festgelegten Kosten und die Risikobeiträge dem Deckungskapital nicht mehr in voller Höhe entnommen werden können (vgl. Absatz 2). In diesem Fall erlischt die Versicherung zum Ende des Monats, in dem das Deckungskapital durch die Entnahme der jeweiligen tariflich festgelegten Kosten und der Risikobeiträge aufgebraucht wird. Wir werden Sie hierüber unverzüglich informieren.

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

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

- (2) Bei Ableben der versicherten Person vor Beginn der Rentenzahlung in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen beschränkt sich eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung allerdings auf die Auszahlung des Rückkaufwertes gemäß § 12 Absatz 2. Die Berechnung des Rückkaufwertes erfolgt dabei zum zweiten Börsentag*) nach Eingang der Meldung des Todesfalles bei uns. § 12 Absatz 3 gilt entsprechend. Die Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen stirbt, an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- (3) Bei Ableben der versicherten Person vor Beginn der Rentenzahlung in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung auf die Auszahlung des Rückkaufwertes gemäß § 12 Absatz 2, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Die Berechnung des Rückkaufwertes erfolgt dabei zum zweiten Börsentag*) nach Eingang der Meldung des Todesfalles bei uns. § 12 Absatz 3 gilt entsprechend. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 6 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. seit Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz vor Beginn der Rentenzahlung nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls beschränkt sich eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung auf die Auszahlung des Rückkaufwertes gemäß § 12 Absatz 2. Die Berechnung des Rückkaufwertes erfolgt dabei zum zweiten Börsentag*) nach Eingang der Meldung des Todesfalles bei uns. § 12 Absatz 3 gilt entsprechend.
- (3) Vereinbaren Sie mit uns nachträglich eine Erhöhung der gegebenenfalls vereinbarten Todesfallsumme, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Ist eine Todesfallsumme vereinbart oder eine Zusatzversicherung eingeschlossen, übernehmen wir den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abschluss des Versicherungsvertrages gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).
- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

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

rungsfall es noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufwert gemäß § 12 Absätze 2 und 3. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Beitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten 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. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.
- (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 (§ 12 Absatz 5).

Rückwirkende Vertragsanpassung

- (9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil; auf dieses Recht verzichten wir.
- (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 müssen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung 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. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung 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 fünf Jahren seit Abschluss des Vertrages ausüben, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten fünf Jahre auch nach Ablauf dieser Frist. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

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

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

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

§ 8 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer fondsgebundenen Rentenversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer oder in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) entrichten. Versicherungsperiode vor Beginn der Rentenzahlung ist entsprechend der Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr; bei Einmalbeitragsversicherungen ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

Sie können den ursprünglich vereinbarten Beitrag zu Ihrer fondsgebundenen Rentenversicherung jederzeit zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin im Rahmen unserer "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" herauf- oder herabsetzen. Eine gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme wird durch das Heraufsetzen des Beitrags nicht erhöht. Sofern Sie einen Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz eingeschlossen haben, ist das Heraufsetzen des Beitrags vom Ergebnis einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig.

Darüber hinaus können Sie während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer - bei Einmalbeiträgen bis zum Beginn der Abrufphase - weitere Beiträge (Zuzahlungen) entrichten, sofern die Summe der auf ein Kalenderjahr entfallenden Zuzahlungen den Höchstbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 nicht überschreitet. Die einzelne Zuzahlung darf den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 nicht unterschreiten. Für eventuelle Zuzahlungen außerhalb dieser Grenze müssen wir unsere Zustimmung gesondert erklären.

Eine gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme wird durch eine Zuzahlung nicht erhöht.

Wir führen den Teil Ihrer Zuzahlung, der nicht zur Deckung der tariflich festgelegten Abschluss- und Vertriebskosten vorgesehen ist, (Anlagebeitrag) dem Anlagestock (vgl. § 1 Absatz 1) zu und rechnen ihn in Anteile des bzw. der von Ihnen für den Anlagebeitrag (vgl. § 4 Absatz 1) gewählten Investmentfonds um. Dabei ist für die Umrechnung in Anteile der Börsentag*) maßgebend, der mit dem jeweiligen Zeitpunkt der Zuführung der Zuzahlung zum Deckungskapital zusammenfällt oder ihm folgt.

- (2) Der Einlösungsbeitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- (3) Die Beiträge können nur im Lastschriftverfahren gezahlt werden. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab. Zuzahlungen können nur im Lastschriftverfahren jeweils zum Monatsersten von dem uns angegebenen Konto abgebucht werden.
- (4) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
- (5) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§ 9 Was geschieht, wenn ein Beitrag nicht rechtzeitig eingezogen werden kann?

- (1) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn der

Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeits-tag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Einlösungsbeitrag

- (2) Wenn der Einlösungsbeitrag aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht rechtzeitig eingezogen werden kann, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- (3) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (4) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht rechtzeitig eingezogen werden kann, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen, bis zu deren Ende Sie uns eine Einziehung der rückständigen Beträge zu ermöglichen haben. Ist eine Einziehung erneut nicht möglich, wird die Versicherung nach Fristablauf in eine beitragsfreie umgewandelt, oder sie erlischt. Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung gilt § 12 Absatz 5 sinngemäß. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 10 Sie wollen vor Beginn der Rentenzahlung den Fonds wechseln?

- (1) Sie können jederzeit verlangen, dass die künftig zu investierenden Anlagebeiträge (vgl. § 4 Absatz 1) vollständig oder teilweise in andere von uns im Rahmen dieser fondsgebundenen Rentenversicherung angebotene Fonds angelegt werden (Beitragsswitch).
- (2) Sie können jederzeit verlangen, dass das vorhandene fondsgebundene Deckungskapital vollständig oder teilweise in andere von uns im Rahmen dieser fondsgebundenen Rentenversicherung angebotene Fonds übertragen wird (Deckungskapitalshift). Hierzu wird der Wert des zu übertragenden Deckungskapitals ermittelt und in Anteile der anderen Fonds umgewandelt, wobei der von der Kapitalanlagegesellschaft veröffentlichte jeweilige Rücknahmepreis der Fondsanteile zugrunde gelegt wird. Die Übertragung erfolgt zu dem von Ihnen angegebenen Termin bzw. dem nächstfolgenden Börsentag*), frühestens jedoch zum zweiten Börsentag*) nach Eingang des Antrags auf Übertragung bei uns. Haben Sie keinen Zeitpunkt genannt, ist der zweite Börsentag*) maßgebend, der auf den Eingang Ihres Schreibens folgt.
- (3) Für jeden Fondswechsel nach den Absätzen 1 und 2 gelten die in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 festgelegten Gebühren und tarifabhängigen Begrenzungen.

§ 11 In welchem Umfang können Sie eine Todesfallsumme neu einschließen oder eine vereinbarte Todesfallsumme ändern?

- (1) Solange laufende Beiträge gezahlt werden, haben Sie im Rahmen dieses Absatzes das Recht, eine Todesfallsumme ohne Gesundheitsprüfung einzuschließen oder - sofern bereits eine Todesfallsumme vereinbart ist - zu erhöhen.

Dieses Recht besteht nach Eintritt folgender Lebensereignisse bei der versicherten Person:

- Heirat
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes.

Die Erhöhung und der Einschluss der Todesfallsumme sind nur im

Rahmen unserer "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" möglich. Hierfür fallen Gebühren gemäß § 19 Absatz 1 an.

Wenn Sie von Ihrem Erhöhungsrecht Gebrauch machen möchten, müssen Sie die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises schriftlich beantragen. Ansonsten ist gegebenenfalls eine Gesundheitsprüfung erforderlich.

Das Recht auf Erhöhung endet, wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat.

- (2) Neben den in Absatz 1 geregelten Änderungsmöglichkeiten können Sie
 - bei unveränderter Beitragszahlung die vereinbarte Todesfallsumme herabsetzen oder
 - bei unveränderter Beitragszahlung mit unserer Zustimmung, die vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig ist, die vereinbarte Todesfallsumme heraufsetzen.

Hierfür fallen Gebühren gemäß § 19 Absatz 1 an.

Die vereinbarte Todesfallsumme darf jedoch nur unter Einhaltung unserer "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 neu festgelegt werden.

- (3) Die in den Absätzen 1 und 2 geregelten Änderungsmöglichkeiten werden mit Wirkung zu Beginn eines Monats, frühestens des übernächsten Monats nach Eingang Ihrer Erklärung bei uns, wirksam.

§ 12 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen, beitragsfrei stellen oder die Beitragszahlung unterbrechen (Beitragspause)?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufwertes

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit - jedoch nur vor Beginn der Rentenzahlung - schriftlich ganz oder teilweise kündigen. Die Kündigung wird zu dem von Ihnen angegebenen Kündigungstermin wirksam. Ist dieser bei Eingang des Kündigungsschreibens verstrichen oder haben Sie keinen Zeitpunkt genannt, gilt als Kündigungstermin der Tag, an dem das Kündigungsschreiben bei uns eingeht.

Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die herabgesetzte Todesfallsumme, sofern eine solche vereinbart ist, das verbleibende Deckungskapital oder der verbleibende Beitrag unter den Mindestbetrag sinkt, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 festgelegt ist.

- (2) Nach § 169 VVG haben wir nach Kündigung soweit bereits entstanden den Rückkaufwert zu erstatten. Dieser entspricht dem Wert des Deckungskapitals (vgl. § 1 Absatz 3). Den Wert des Deckungskapitals ermitteln wir zu dem Börsentag*), der mit dem von Ihnen angegebenen Kündigungstermin zusammenfällt bzw. ihm folgt. Im Falle des Absatzes 1 Satz 3 jedoch zum zweiten Börsentag*) nach Eingang des Kündigungsschreibens.

Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufwert abgezogen.

- (3) Den Rückkaufwert erbringen wir in Euro, wahlweise in Anteilen der von Ihnen gewählten Investmentfonds. Die Bestimmungen des § 1 Absätze 16 und 17 gelten entsprechend. Eine Auszahlung entfällt, wenn der Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 nicht erreicht wird; dies gilt nicht, wenn ein weiterer Zahlungsvorgang erfolgt.

- (4) Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung können wir bei Kündigung in der Regel nur deutlich weniger als die Summe der gezahlten Beiträge erstatten, da dem Anlagestock nur die um die Vertriebskosten verminderten Beitragsteile zufließen (vgl. § 4 Absatz 1) und dem Deckungskapital monatlich die Abschlusskosten, die Verwaltungskosten und die Risikobeiträge entnommen werden (vgl. § 4 Absatz 2). Auch in den Folgejahren kann der Rückkaufwert insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung der jeweiligen Fondsanteile niedriger sein als die Summe der einge-

zahlten Beiträge.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (5) Nach § 165 VVG können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 schriftlich verlangen, zum Schluss einer Versicherungsperiode von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall entfällt eine gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme. Der Wert des Deckungskapitals (vgl. § 1 Absatz 3) mindert sich um rückständige Beiträge.

Bei der Entnahme wird der Rücknahmepreis eines Fondsanteils am letzten Börsentag*) vor Umwandlung zugrunde gelegt.

Der Antrag auf Beitragsfreistellung muss vor dem Ende der jeweiligen Versicherungsperiode bei uns eingegangen sein. Anderenfalls erfolgt die Beitragsfreistellung zum nächstfolgenden Beitragsfälligkeitstermin.

Sofern das nach Beitragsfreistellung vorhandene Deckungskapital den Mindestwert nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 nicht erreicht, erhalten Sie den Rückkaufswert nach Absatz 2 und die Versicherung erlischt.

Anstelle einer vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie auch eine teilweise Beitragsbefreiung verlangen. In diesem Fall setzen wir die ggf. vereinbarte Todesfallsumme im Verhältnis der Beitragsänderung herab. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie jedoch nur verlangen, wenn sowohl die herabgesetzte Todesfallsumme, das vorhandene Deckungskapital als auch der verbleibende Beitrag jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 erreicht.

Sowohl die vollständige als auch die teilweise Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist der Wert des Deckungskapitals nach Beitragsfreistellung in der Regel deutlich niedriger als die Summe der gezahlten Beiträge, da dem Anlagestock nur die um die Vertriebskosten verminderten Beitragsteile zufließen (vgl. § 4 Absatz 1) und dem Deckungskapital monatlich die Abschlusskosten, die Verwaltungskosten und die Risikobeiträge entnommen werden (vgl. § 4 Absatz 2). Auch in den Folgejahren kann der Wert des Deckungskapitals nach Beitragsfreistellung insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung der jeweiligen Fondsanteile niedriger sein als die Summe der gezahlten Beiträge.

Eine vollständige oder teilweise Wiederaufnahme der Beitragszahlung vor dem ursprünglich vereinbarten Rentenzahlungsbeginn bis zur Höhe der zuletzt vor der Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge ist jederzeit möglich. Eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist nur möglich, wenn der Beitrag den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 erreicht.

Beitragspause

- (6) Anstelle einer Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nach Absatz 5 können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung schriftlich verlangen, die Beitragszahlung zum Schluss einer Versicherungsperiode zu unterbrechen. In diesem Fall entfällt eine gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme. Der Wert des Deckungskapitals (vgl. § 1 Absatz 3) mindert sich um rückständige Beiträge. Bei der Entnahme wird der Rücknahmepreis eines Fondsanteils am letzten Börsentag*) vor Umwandlung zugrunde gelegt.

Die Beitragspause kann höchstens für zwei Jahre beantragt werden. Befinden Sie sich in der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) oder haben Sie diese beantragt, kann die Beitragspause darüber hinaus für die Dauer der Elternzeit, höchstens jedoch für drei Jahre in Anspruch genommen werden. Als Nachweis der Elternzeit ist uns die schriftliche Bewilligung des Arbeitgebers einzureichen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Beitragspause ist, dass das vorhandene Deckungskapital den Mindestwert nach unseren "Bestimmungen

über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 19 Absatz 3 erreicht.

Der Antrag auf die Beitragspause muss vor dem Ende der jeweiligen Versicherungsperiode bei uns eingegangen sein. Anderenfalls kann die Beitragspause erst zum nächstfolgenden Beitragsfälligkeitstermin in Anspruch genommen werden.

Bei Inanspruchnahme der Beitragspause entfällt - sofern vereinbart - eine planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen. Nach Ablauf der Beitragspause setzt die Beitragszahlung wieder ein. Anderenfalls erfolgt eine Beitragsfreistellung und Absatz 5 gilt sinngemäß.

Beitragsrückzahlung

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

§ 13 Wie werden die Abschlusskosten verrechnet?

- (1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese so genannten Abschlusskosten (§ 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen RechVersV) sind bereits pauschal bei der Kalkulation der Beiträge berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschlusskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode und die Bildung der Deckungsrückstellung**) aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 und 4 VVG bestimmt sind. Der zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die Berechnung des Rückkaufswertes und die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung erfolgen nach den Bestimmungen in § 12.

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

- (1) Für Leistungen aus dem Versicherungsvertrag können wir die Vorlage des Versicherungsscheins und eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt der versicherten Person verlangen.
- (2) Wir können vor jeder Rentenzahlung auf unsere Kosten ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.
- (3) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde einzureichen. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.
- (4) Stirbt die versicherte Person vor Beginn der Rentenzahlung und ist eine Todesfallsumme vereinbart, ist uns ferner ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, vorzulegen. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
- (5) Wird eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit gemäß § 1 Abs. 13 verlangt, ist uns ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über Beginn und Verlauf der Krankheit vorzulegen. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
- (6) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
- (7) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch

die damit verbundene Gefahr.

- (8) Bei Leistungen in Fondsanteilen hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt Absatz 6 entsprechend.

§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 16 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 16 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

- (1) Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Rechten aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

§ 17 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

- (1) Mindestens einmal im Vierteljahr wird der Wert der Fondsanteile in einer überregionalen Tageszeitung veröffentlicht; falls diese Veröffentlichung nicht erfolgen sollte, werden wir Sie schriftlich über den Wert der Fondsanteile informieren.
- (2) Sie erhalten jährlich von uns eine Mitteilung, der Sie den Wert der Fondsanteile sowie den Wert des Deckungskapitals entnehmen können; der Wert des Deckungskapitals wird in Fondsanteilen und in Euro aufgeführt.
- (3) Auf Wunsch geben wir Ihnen den Wert Ihrer Versicherung jederzeit an.

§ 18 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

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

§ 19 Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

- (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 (Gebühr) gesondert in Rechnung stellen. Die derzeit gültigen Gebühren können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können die Gebühren neu festlegen, wenn sich die durchschnittlich entstehenden Kosten für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand nicht nur vorübergehend geändert haben und der neu festgesetzte Betrag angemessen und erforderlich ist, um die durchschnittlich entstehenden Kosten zu decken. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

- (2) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.
- (3) Insbesondere aus Kostengründen gelten für Ihre Versicherung bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

§ 20 Bis wann müssen uns gegenüber versicherungsvertragliche Ansprüche spätestens geltend gemacht werden?

- (1) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Jahren (§ 195 Bürgerliches Gesetzbuch). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist.
- (2) Lässt der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen, ohne dass er den Anspruch gerichtlich geltend macht, sind Ansprüche, soweit sie nicht bereits von uns anerkannt sind, ausgeschlossen.

§ 21 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 22 Wo ist der Gerichtsstand?

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

§ 23 Wie wird der Wert des Fondsguthabens zum Ablauf gesichert?

Fünf Jahre vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, jedoch frühestens nach Ablauf von 5 Versicherungsjahren, erhalten Sie von uns ein schriftliches Angebot für ein aktives Ablaufmanagement. Im Rahmen dieses Ablaufmanagements bieten wir Ihnen an, Ihre Anlagen kostenfrei in risikoärmere Fonds umzuschichten. Ziel der Umschichtung ist es, die

Risiken einer Wertminderung aufgrund von Kursrückgängen in den letzten Jahren vor Beginn der Rentenzahlung zu reduzieren. Sie können jederzeit schriftlich das Ablaufmanagement aussetzen oder wieder aufnehmen.

§ 24 Was passiert, wenn Fonds nicht mehr zur Verfügung stehen oder wenn bei Fonds Änderungen eintreten?

- (1) Sollte eine Kapitalanlagegesellschaft die Ausgabe von Anteilen eines in Ihrer Versicherung enthaltenen Fonds zeitweilig beschränken, aussetzen oder endgültig einstellen, werden wir Sie unverzüglich schriftlich informieren.

Soweit Ihre laufende Beitragszahlung von dieser Änderung betroffen sein wird, werden wir Ihnen als Ersatz einen neuen Fonds vorschlagen. Der neue Fonds soll dabei in Anlageziel und Anlagepolitik dem bisherigen Fonds weitgehend entsprechen (Ersatzfonds). Sofern Sie unserem Vorschlag innerhalb von vier Wochen nach unserer Information nicht widersprechen, werden wir Ihre hiervon betroffenen Anlagebeiträge ab dem von uns genannten Termin frühestens nach Ablauf dieser Frist in den Ersatzfonds investieren.

Im Fall eines Widerspruchs müssen Sie uns einen anderen Ersatzfonds aus unserem Fondsangebot benennen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die Sie Ihrer Versicherung zugrunde legen können, ist bei uns jederzeit erhältlich. Kosten für Sie entstehen hierbei nicht.

Bei einer kurzfristigen Einstellung der Ausgabe von Fondsanteilen werden wir die Beiträge, die vor Ablauf dieser vier Wochen Frist fällig werden, in den von uns vorgeschlagenen Ersatzfonds investieren. Sie haben das Recht für diese Beiträge, einen kostenfreien Fondswechsel nach § 10 durchzuführen.

Sollte ein Fonds aufgelöst werden, gelten diese Regeln entsprechend. In diesem Fall wird jedoch auch der vorhandene Wert des Teildeckungskapitals auf den Ersatzfonds übertragen.

- (2) Treten hinsichtlich eines in Ihrer Versicherung enthaltenen Fonds andere erhebliche Änderungen ein, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds durch einen anderen Fonds zu ersetzen. Solche erheblichen Änderungen können beispielsweise eintreten, wenn die Kapitalanlagegesellschaft Gebühren einführt oder erhöht, die uns beim Fondseinkauf bzw. -verkauf belasten, sie die Kooperation mit uns beendend oder ihre vertraglichen Pflichten erheblich verletzt. Absatz 1 gilt entsprechend.

§ 25 Was ist bei einer erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit zu beachten?

Für eine erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 9 gelten nachfolgende ergänzende Regelungen:

(1) Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung, die ärztlich nachzuweisen sind, auf Dauer oder voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen im Bereich der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) in erheblichem Maße der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Als Krankheit oder Behinderung gelten Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen folgende Verrichtungen:

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung.
- Ernährung: mundgerechtes Zubereiten oder die Aufnahme von Nahrung.

- Mobilität: selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.
- Hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Als Hilfe wird die Unterstützung, die teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder die Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen verstanden.

Der Hilfebedarf erreicht ein erhebliches Maß, wenn er mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen der Grundpflege aus einem oder mehreren Bereichen besteht und der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, wöchentlich im Tagesdurchschnitt 90 Minuten, von denen auf die Grundpflege mindestens 45 Minuten entfallen, beträgt (dies entspricht der gesetzlichen Definition der Pflegestufe I gemäß § 15 Sozialgesetzbuch XI (Stand: 1.10.2007)).

(2) Überschussbeteiligung

Die erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 1 Absatz 9 wird ab Rentenbeginn einem Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen zugeordnet, dem die Rechnungsgrundlagen zu Grunde liegen, die zu diesem Zeitpunkt für das Neugeschäft an sofort beginnenden Rentenversicherungen wegen Pflegebedürftigkeit gelten.

Sollte der garantierte Rentenfaktor für die Pflegerentenoption Anwendung finden, wird ihre Versicherung zum Rentenbeginn in einen gesonderten Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen eingeordnet.

Die genaue Bezeichnung des Überschussverbandes werden wir Ihnen bei Beginn der Rentenzahlung mitteilen.

(3) Mitwirkungspflichten

Bei einer erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 1 Absatz 9 sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland,
- oder - falls ein Bescheid noch nicht vorliegt - zunächst die medizinischen Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung bzw. der MEDICPROOF GmbH für die private Pflegepflichtversicherung.

Besteht keine gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung oder haben sich die gesetzlichen Definitionen für die Pflegebedürftigkeit seit Vertragsabschluss geändert, sind uns folgende Unterlagen unverzüglich einzureichen:

- ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken u. ä., die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Folgen und voraussichtliche Dauer der vorliegenden Erkrankung/en, sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- vonseiten des behandelnden Arztes eine detaillierte - insbesondere auch zeitliche - Darstellung und Begründung des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den alltäglichen Verrichtungen sowie von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- vonseiten der pflegenden Person oder der mit der Pflege betrauten Einrichtung eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege.

Wir können außerdem - auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Dabei werden jedoch Kosten, die durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, nicht von uns erstattet. Sollte diese Anreise nicht möglich sein, ist die Untersuchung durch einen von uns zu benennenden Arzt auf Kosten des Anspruchshebenden in dem betreffenden Ausland durchzuführen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Soweit nichts anderes bestimmt ist, trägt die mit den Nachweisen verbundenen Kosten derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

Solange eine Mitwirkungspflicht von Ihnen vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung der erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Mindestens zahlen wir jedoch die vereinbarte Rente nach § 1 Absatz 4. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nur leicht fahrlässig verletzt haben. Der Anspruch auf die erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit bleibt jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Auf die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben (§ 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)). Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Vorlage sämtlicher erforderlicher Unterlagen entsprechend dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 26 Wann können diese Bedingungen angepasst werden?

- (1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.
- (3) Sollte eine Bestimmung dieses Bedingungswerkes ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

*) Nähere Hinweise zu den für Ihre Versicherung zutreffenden Börsentagen finden Sie in den beigefügten Fondsinformationen. Setzt eine Kapitalanlagegesellschaft die Errechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmepreises sowie die Rücknahme der Anteile an dem maßgeblichen Börsentag aus, ist für die Bewertung der Anteile der nächste Börsentag maßgeblich, an dem ein Rücknahmepreis ermittelt wird.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341e und § 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

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

Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für fondsgebundene Rentenversicherungen (zusätzliche Angaben)

(Stand 01.01.2010)

Diese zusätzlichen Angaben ergänzen die Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen.

1. Fondsgebundene Rentenversicherung

1.1 Laufende Überschussanteile vor Beginn der Rentenzahlung

1.1.1 Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

Jeweils zu Beginn eines Versicherungsmonats wird ein laufender Überschussanteil zugeteilt. Der laufende Überschussanteil setzt sich aus einem Risikoüberschussanteil für das Todesfallrisiko und einem sonstigen Überschussanteil zusammen. Bemessungsgröße ist für den

- Risikoüberschussanteil für das Todesfallrisiko der nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete rechnungsmäßige Beitrag für das Todesfallrisiko in dem jeweiligen Versicherungsmonat;
- sonstigen Überschussanteil die Beitragssumme bzw. der Einmalbeitrag sowie bei beitragspflichtigen Versicherungen zusätzlich der monatlich zu zahlende Beitrag bzw. der auf einen Monat entfallende Beitragsanteil.

1.1.2 Verwendung der laufenden Überschussanteile vor Beginn der Rentenzahlung

Die jeweils zugeteilten Überschussanteile werden in Fondsanteile umgewandelt und erhöhen das Deckungskapital der Versicherung. Dabei ist für die Bewertung der Börsentag*) maßgebend, der mit dem Zuteilungstermin zusammenfällt oder ihm folgt.

Setzt sich das Deckungskapital der Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen, so wird der Überschussanteil entsprechend dem Verhältnis der Werte der Teildeckungskapitale zueinander den jeweiligen Teildeckungskapitalen zugeführt.

1.2 Überschussbeteiligung während der Rentenzahlung

Sie können vor Beginn der Rentenzahlung zwischen folgenden Überschussystemen für die Rentenbezugszeit wählen:

1.2.1 Dynamikrentensystem

Die vereinbarte Rente wird jährlich, erstmals ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, erhöht. Die durch die Erhöhung erreichte Rente ist ab diesem Zeitpunkt jeweils vereinbart. Die Rentenerhöhung wird jährlich neu in Prozent der vereinbarten Vorjahresrente festgesetzt.

Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, haben die Erhöhungsrenten die gleiche restliche Rentengarantiezeit wie die vereinbarte Rente und im Fall einer Kapitalentnahme gemäß § 1 der Allgemeinen Bedingungen werden die Erhöhungsrenten im gleichen Verhältnis wie die vereinbarte Rente herabgesetzt.

Wenn für den Todesfall die Rückzahlung der Kapitalabfindung abzüglich der bereits gezahlten Renten vereinbart ist, wird die versicherte Todesfallleistung durch die Erhöhungsrenten nicht verändert und im Fall einer Kapitalentnahme gemäß § 1 der Allgemeinen Bedingungen bleiben die Erhöhungsrenten unverändert.

1.2.2 Zusatzrentensystem

Über die vereinbarte Rente hinaus wird eine der Höhe nach nicht garantierte Zusatzrente gezahlt. Die Zusatzrente ergibt sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres neu aus der Verrentung der Summe aus dem Deckungskapital für die vereinbarte Rente und der Rückstellung für die Zusatzrente. Diese Berechnung erfolgt mit der Sterbetafel, die zu diesem Zeitpunkt bei der Berechnung der Deckungsrückstellung**) für die vereinbarte Rente zu verwenden ist, und mit einem Zinssatz 2. Ordnung (Rechnungszinssatz zuzüglich des für die Berechnung der Zusatzrente festgelegten Zinsüberschussanteilsatzes). Die Zusatzrente ist die Differenz zwischen der sich aus dieser Verrentung ergebenden Gesamtrente und der vereinbarten Rente. Die Höhe der Zusatzrente wird jeweils nur für ein Versicherungsjahr zugesichert.

Die Rückstellung für die Zusatzrente zu Beginn eines Versicherungsjah-

res ergibt sich ab dem zweiten Versicherungsjahr nach Beginn der Rentenzahlung aus ihrer Fortschreibung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Infolge der jährlich neuen Festlegung kann die Zusatzrente steigen, unverändert bleiben oder auch sinken.

Sofern neben dem für die Berechnung der Zusatzrente festgelegten Zinsüberschussanteil ein weiterer Überschussanteilsatz erklärt ist, wird die Zusatzrente am Ende eines Versicherungsjahres entsprechend erhöht. Bemessungsgröße für diesen Überschussanteil ist die jeweilige Gesamtrente.

Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, hat die Zusatzrente die gleiche restliche Rentengarantiezeit wie die vereinbarte Rente.

Wenn für den Todesfall nach Rentenbeginn die Rückzahlung der Kapitalabfindung abzüglich der bereits gezahlten Renten vereinbart ist, wird die versicherte Todesfallleistung durch die Zusatzrente nicht verändert.

Im Fall einer Kapitalentnahme gemäß § 1 der Allgemeinen Bedingungen kann aus der Rückstellung für die Zusatzrente kein Kapital entnommen werden. Die neue Zusatzrente nach der Kapitalentnahme berechnet sich aus dem verbleibenden Deckungskapital der verminderten vereinbarten Rente und der Rückstellung für die Zusatzrente nach dem oben beschriebenen Verfahren.

1.2.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung

Nach Beginn der Rentenzahlung erhält Ihr Vertrag nach § 2 Absatz 1 b und 2 b der Allgemeinen Bedingungen eine Beteiligung an den überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven. Für die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung ist die unter Ziffer 1.2.3.2 beschriebene Bemessungsgröße wesentlich.

1.2.3.1 Grundsätzliches zur Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung

Während der Rentenzahlung wird Ihrem Vertrag jeweils zum Jahrestag, erstmals ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, die Hälfte der den Rentenzahlungen des abgelaufenen Versicherungsjahres rechnerisch zugeordneten Bewertungsreserven zugeteilt und ausgezahlt. Die Bewertungsreserven werden anhand des Teils der Bemessungsgröße rechnerisch zugeordnet, der dem Anteil der Rentenzahlung des abgelaufenen Versicherungsjahres am Vertragsguthaben entspricht.

Bei einer einmaligen Todesfallleistung oder im Falle einer Kapitalentnahme gemäß § 1 der Allgemeinen Bedingungen erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven anhand des Anteils der Bemessungsgröße, der dem Anteil der Zahlung am Vertragsguthaben entspricht. Die dann zugeteilten Bewertungsreserven werden zusammen mit der fällig werdenden Versicherungsleistung ausgezahlt.

1.2.3.2 Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung

Die Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung ist die Summe der jeweiligen Vertragsguthaben am Ende der zurückgelegten Versicherungsjahre seit Beginn der Rentenzahlung; unvollständige Versicherungsjahre tragen auf Grundlage des Vertragsguthabens am Ende des Versicherungsjahres zeitanteilig zur Bemessungsgrundlage bei. Bei unvollständigen Versicherungsjahren werden zusätzlich die für das Jahr noch nicht gezahlten Renten berücksichtigt.

Als Vertragsguthaben gelten dabei das Deckungskapital für die vereinbarte Rente und, sofern vorhanden, auch das Vertragsguthaben einer etwaigen Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung sowie beim Überschussystem Zusatzrente die Rückstellung für die Zusatzrente.

Wird die Rentenversicherung durch den Tod einer versicherten Person nicht beendet, sondern geht dann in eine Zeitrente oder eine laufende Hinterbliebenenrente über, bleibt die Bemessungsgröße anteilig entsprechend des Verhältnisses des verbleibenden Vertragsguthabens zum Vertragsguthaben vor Tod erhalten.

2. Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz

Sofern ein Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz eingeschlossen ist, gelten dafür die nachfolgenden Regelungen zur Überschussbeteiligung:

Solange keine Berufsunfähigkeit vorliegt, wird zu Beginn eines jeden Versicherungsmonats ein Risikoüberschussanteil für das Berufsunfähigkeitsrisiko zugeteilt. Bemessungsgröße hierfür ist der nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete rechnerische Beitrag für das Berufsunfähigkeitsrisiko in dem jeweiligen Versicherungsmonat.

Während der Dauer der Berufsunfähigkeit wird jeweils am Ende eines Versicherungsjahres ein laufender Überschussanteil zugeteilt. Am Ende des Versicherungsjahres, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, wird der Überschussanteil zeitanteilig fällig. Bemessungsgröße für diesen laufenden Überschussanteil ist die mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungsrückstellung für die Berufsunfähigkeits-Leistung am Zuteilungstermin.

Die jeweils zugeteilten Überschussanteile werden in Fondsanteile umgewandelt und erhöhen das Deckungskapital der Versicherung. Setzt sich das Deckungskapital der Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen, so wird der Überschussanteil entsprechend dem Verhältnis der Werte der Teildeckungskapitale zueinander den jeweiligen Teildeckungskapitalen zugeführt.

3. Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

Für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung gelten dieselben Regelungen zur Überschussbeteiligung wie für die Hauptversicherung.

Im Zusatzrentensystem (siehe Ziffer 1.2.2) werden die Zusatzrente zur Hauptversicherungsrente und die Zusatzrente zur Hinterbliebenenrente derart bestimmt, dass die Zusatzrente zur Hinterbliebenenrente im Verhältnis zur Zusatzrente zur Hauptversicherungsrente genauso hoch ist wie die vereinbarte Hinterbliebenenrente zur vereinbarten Hauptversicherungsrente.

Ebenso wird für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung während der Rentenzahlung der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung das unter 1.2.3. beschriebene Verfahren zur Beteiligung an den Bewertungsreserven angewendet.

4. Vertragsindividuelle Kürzung der Überschussbeteiligung bei Reserveanpassung während der Rentenzahlung

Bei einem unerwartet starken Anstieg der Lebenserwartung sind wir verpflichtet, eine zusätzliche Deckungsrückstellung**) zu stellen (Reserveanpassung), um die langfristige Erfüllbarkeit der vertraglichen Leistungen aus den Rentenversicherungen sicherzustellen. In diesem Fall sind wir berechtigt, vertragsindividuell die Überschussbeteiligung um benötigte Mittel für die Bildung der Zusatzrückstellung zu kürzen. Die Kürzung können wir so lange vornehmen, bis die Summe der Kürzungen der Höhe der benötigten zusätzlichen Deckungsrückstellung**) entspricht.

5. Zuzahlungen

Zuzahlungen sind am Überschuss beteiligt. Sie verändern die Bemessungsgröße für den sonstigen Überschussanteil.

*) Nähere Hinweise zu den für Ihre Versicherung zutreffenden Börsentagen finden Sie in den bei Antragstellung ausgehändigten Fondsinformationen. Setzt die Kapitalanlagegesellschaft die Errechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmepreises sowie die Rücknahme der Anteile an dem maßgeblichen Börsentag aus, ist für die Bewertung der Anteile der nächste Börsentag maßgeblich, an dem ein Rücknahmepreis ermittelt wird.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz ge-

währleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341e und § 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

Besondere Bedingungen für den Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz mit erweitertem Leistungsumfang im Rahmen der fondsgebundenen Rentenversicherung

(Stand 01.01.2010)

PROVINZIAL
Die Versicherung der Sparkassen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?	§ 2
Was ist Berufsunfähigkeit?	§ 3
Was ist Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieses Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutzes berufsunfähig im Sinne von § 3, erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - folgende Leistungen:

Beitragsbefreiung

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die fondsgebundene Rentenversicherung, sofern für diese Beitragszahlungspflicht besteht.

Setzt nach Wegfall der Berufsunfähigkeit oder nach dem Ende der Leistungsdauer Ihre Beitragspflicht wieder ein, wird der Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für die dann erreichten Versicherungsleistungen neu berechnet. Die Leistungsdauer bezeichnet den Zeitraum, bis zu dessen Ablauf wir längstens eine anerkannte Leistung erbringen.

- (2) Wird die versicherte Person während der Dauer dieses Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutzes wegen Pflegebedürftigkeit berufsunfähig (vgl. § 4), erbringen wir, auch wenn keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 vorliegt, dennoch - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - die in Absatz 1 genannten Leistungen.
- (3) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 2 Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?

- (1) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne der §§ 3oder 4 eingetreten ist. Die Berufsunfähigkeit ist uns schriftlich zu melden. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Wird uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Jahren nach ihrem Eintritt angezeigt, leisten wir ab dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt. Bei späterer Anzeige erbringen wir die Leistungen ab Beginn des Monats Ihrer Anzeige bei uns; zusätzlich leisten wir rückwirkend für drei Jahre. Diese Einschränkung gilt dann nicht, wenn die verspätete Anzeige ohne schuldhaftes Versäumen des Ansprucherhebenden erfolgt.
- (2) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.
- (3) Geht die Leistungsdauer über die Dauer dieses Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutzes hinaus, können Ansprüche, die durch den Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Dauer dieses Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutzes entstanden sind, auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden. Entsprechendes gilt, wenn eine innerhalb der Dauer dieses Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutzes fällig gewordene Leistung weggefallen ist (vgl. § 8) und nach Ablauf der Dauer dieses Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutzes erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache eintritt. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht

Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn die Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt wird?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	§ 8
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	§ 9
Welche Besonderheiten gelten für fondsgebundene Versicherungen mit Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz?	§ 10
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?	§ 11

und erlischt jeweils zu den in den Absätzen 1 bis 3 genannten Zeitpunkten.

- (4) Während der Leistungsprüfung sind die Beiträge in voller Höhe weiterzuentrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Antrag werden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht noch fällig werdenden Beiträge auch zinslos stunden. Besteht danach kein Leistungsanspruch, sind die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen. Auf Antrag können Sie mit uns in diesem Fall eine Rückzahlung in Raten über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten oder - sofern möglich - eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung vereinbaren.

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit?

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

Bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern bzw. Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis ist für Berufsunfähigkeit im Sinne von Satz 1 zusätzlich nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben. Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist, keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und die versicherte Person eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (vgl. Absatz 6) entspricht. Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

- (2) Kann nicht festgestellt werden, dass der Zustand im Sinne von Absatz 1 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, hat er jedoch länger als sechs Monate ununterbrochen andauert, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.
- (3) Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 24 Monate vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit in dem zuletzt ausgeübten Beruf ihre berufliche Tätigkeit gewechselt, kann auch die davor ausgeübte berufliche Tätigkeit zur Prüfung herangezogen werden. Voraussetzung ist, dass der versicherten Person die zum Eintritt des Versicherungsfalles im zuletzt ausgeübten Beruf maßgeblichen Gesundheitsstörungen bereits bei Aufgabe der früheren beruflichen Tätigkeit bekannt waren und der Berufswechsel erfolgte, um durch ein verändertes Tätigkeitsspektrum einen höheren Grad der Berufsunfähigkeit zu erreichen. Hat die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit gerade wegen der Gesundheitsstörung, die später zur Berufsunfähigkeit führt, gewechselt und eine körperlich weniger belastende Tätigkeit aufgenommen (leidensbedingter Berufswechsel), bleibt die vor dem Berufswechsel ausgeübte Tätigkeit bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit maßgebend. Entspre-

**Provinzial NordWest
Lebensversicherung
Aktiengesellschaft**
Die Versicherung der Sparkassen
Sophienblatt 33
24097 Kiel
Handelsregister Kiel, HRB 5705
St.-Nr. 5337 5914 0146

Vorstand:
Ulrich Rüther (Vorsitzender)
Gerd Borggrebe, Peter Hanus,
Dr. Ulrich Lüxmann-Ellinghaus
Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Volker Goldmann

**Postanschrift:
Westfälische Provinzial
Versicherung Aktiengesellschaft**
Landesdirektion der Provinzial
NordWest Lebensversicherung
Aktiengesellschaft · 48131 Münster
Telefon 0251/219-0
Telefax 0251/219-2300
www.provinzial-online.de

Bankverbindungen:
WestLB AG Münster
BLZ 400 500 00 · Konto 60 327
Postbank Dortmund
BLZ 440 100 46 · Konto 5 580 463

chendes gilt bei leidensbedingten Einschränkungen der beruflichen Tätigkeit. Bei Berufswechsel besteht keine Anzeigepflicht.

- (4) Übt die versicherte Person eine andere, ihrer bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (vgl. Absatz 6) entsprechende Tätigkeit tatsächlich aus, liegt keine Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 bis 3 vor.
- (5) Auch nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben können Sie diesen Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz fortführen. Werden später Leistungen beantragt, wird bei einem vorübergehenden Ausscheiden der vor dem Ausscheiden zuletzt ausgeübte Beruf und die zu diesem Zeitpunkt erreichte Lebensstellung für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit herangezogen. Ein vorübergehendes Ausscheiden liegt vor, wenn - unabhängig vom Ausscheidungsgrund - bei Eintritt der Berufsunfähigkeit drei Jahre ab dem Ausscheiden noch nicht verstrichen sind. Nach einem dauerhaften Ausscheiden kommt es darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens entspricht. Ein dauerhaftes Ausscheiden liegt vor, wenn bei Eintritt der Berufsunfähigkeit seit dem Ausscheiden mehr als drei Jahre verstrichen sind. Gesetzliche Elternzeit zählt immer als vorübergehendes Ausscheiden.
- (6) Die wirtschaftliche und soziale Lebensstellung ist gewahrt, wenn die berufliche Qualifikation, die berufliche Stellung, deren soziale Wertschätzung und die daraus bezogene Vergütung das bisherige Niveau nicht spürbar unterschreiten. Bei der Beurteilung der zumutbaren Minderung der Vergütung und der Wertschätzung berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls.
- (7) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn und solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine Erwerbsunfähigkeit bzw. eine volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen unbefristet anerkennt.

§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit?

- (1) Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie bei einer der in Absatz 3 genannten Verrichtungen täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt.
- (2) Kann nicht festgestellt werden, dass der Zustand im Sinne von Absatz 1 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, hat er jedoch länger als sechs Monate ununterbrochen andauert, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.
- (3) Bewertungsmaßstab für die Pflegebedürftigkeit sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person.

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 Zu-Bett-Gehen

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 oder 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.

- (4) Unabhängig von diesen Einschränkungen liegt Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb zumindest täglicher Beaufsichtigung bedarf.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
- b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war;
- d) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Buchstabe c bleibt unberührt;
- e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
- f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder 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;
- g) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn die Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt wird?

- (1) Wird die Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchshebenden folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen im Hinblick auf eine Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit;
 - c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit, über Einkünfte aus der beruflichen Tätigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
 - d) bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
- (2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Ver-

hältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir auch die Reise- und Übernachtungskosten in angemessener Höhe. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie pflegende Personen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

- (3) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der behandelnde oder untersuchende Arzt anordnet oder empfiehlt, nicht durchführen, hat dies keinen Einfluss auf die Feststellung und Anerkennung von Berufsunfähigkeitsleistungen. Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zumutbaren - sach- und fachkundigen - ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen Folge zu leisten. Zumutbar sind Maßnahmen, die nicht mit Gefahren oder besonderen Schmerzen verbunden sind und Aussicht auf wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung bieten. Dazu zählen z. B. das Einhalten einer medizinisch begründeten Diät, die Teilnahme an Kur- und Rehamaßnahmen, die Einnahme verordneter Medikamente, die Verwendung von Seh- und Hörhilfen sowie orthopädischer und anderer medizinisch-technischer Hilfen, die Durchführung logopädischer oder physiotherapeutischer Behandlungen.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und ab wann wir eine Leistungspflicht anerkennen. Diese Erklärung werden wir innerhalb von vier Wochen nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen (vgl. § 6) abgeben. Dabei werden wir kein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Wir werden Sie während der Prüfung alle sechs Wochen über den Sachstand informieren und zeitnah fehlende Unterlagen anfordern.

§ 8 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 3 Absatz 4 ausübt.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte (z. B. ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte, Unterlagen über eine ausgeübte Tätigkeit der versicherten Person sowie Einkünfte aus dieser Tätigkeit) und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 6 Absatz 2 gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder den Wegfall der Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit sowie eine Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- (4) Liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Versicherungsnehmer unter Darlegung der Gründe mit; sie wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung wirksam. Gleichzeitig muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 6 oder § 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhält-

nis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie, die versicherte Person oder der Anspruchserhebende die Mitwirkungspflicht nur leicht fahrlässig verletzt haben. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung bleibt jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Auf die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben (§ 28 Abs. 4 VVG). Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Vorlage sämtlicher erforderlicher Unterlagen entsprechend dieser besonderen Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 10 Welche Besonderheiten gelten für fondsgebundene Versicherungen mit Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz?

Grundsätze

- (1) Der Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz bildet mit der fondsgebundenen Versicherung, zu der er abgeschlossen worden ist eine Einheit; er kann ohne die zugehörige fondsgebundene Versicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens ab Beginn der Rentenzahlung erlischt der Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz. Es wird kein Rückkaufswert fällig.
- (2) Die zur Deckung des versicherten Berufsunfähigkeitsrisikos bestimmten, nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Risikobeiträge entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats dem Deckungskapital der fondsgebundenen Versicherung. Setzt sich das Deckungskapital Ihrer fondsgebundenen Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen, entnehmen wir die Risikobeiträge im Verhältnis der Werte der einzelnen Teildeckungskapitale.
- (3) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht aus dem Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz berechnen wir die Leistung aus der fondsgebundenen Versicherung (Rückkaufswert bzw. beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der fondsgebundenen Versicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

Beendigung des Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutzes

- (4) Sofern keine anerkannten oder festgestellten Ansprüche aus dem Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz bestehen, können Sie diesen für sich allein kündigen. Es ergibt sich kein Rückkaufswert.
- (5) Eine einmalige Kapitalzahlung zur Abfindung anerkannter oder festgestellter Ansprüche aus dem Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz können Sie nicht verlangen.

Versicherungsbedingungen

- (6) Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 11 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den Überschüssen, die jährlich im Rahmen unseres handelsrechtlichen Jahresabschlusses festgestellt werden.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Die Bemessungsgrundlagen für die Beteiligung am Überschuss und die Verwendung der Überschussanteile ergeben sich aus den beigelegten Bestimmungen zur Überschussbeteiligung (zusätzliche Angaben). Die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung sind Bestandteil dieser Bedingungen.

- (2) Die Beiträge für den Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz sind so kalkuliert, dass die zu erwartenden Aufwendungen für Leistungsfälle und Kosten gedeckt werden können, ohne dass darüber hinaus ein Kapitalbetrag angespart wird, der bei Erleben des Ablaufs der Versicherung ausbezahlt wäre. Weil aus den Beiträgen für den Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz keine Beiträge zur nachhaltigen Bildung von Kapitalanlagen zur Verfügung stehen, entfallen bei einer gemäß § 153 Absatz 3 VVG vorzunehm-

menden verursachungsorientierten Zuordnung der in den Kapitalanlagen enthaltenen Bewertungsreserven keine Bewertungsreserven auf den Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz. Daher erfolgt hierfür keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

-
- *) Das erreichte rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ergibt sich aus der Summe von rechnungsmäßigem Eintrittsalter für die Hauptversicherung (vgl. Versicherungsantrag) und ihrer abgelaufenen Dauer zum Erhöhungstermin.

Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option

(Stand 01.01.2010)

A. Karenzzeit

Die Karenzzeit ist der Zeitraum vom Entstehen des Anspruchs auf Leistung bis zum Beginn der Leistung aus der Dread Disease-Option.

B. Wartezeit

Ist eine Wartezeit vereinbart, zahlen wir die vereinbarte Leistung bei Eintritt der schweren Krankheit nach Ablauf der Wartezeit. Tritt die schwere Krankheit vor Ablauf der Wartezeit ein, besteht kein Anspruch auf Leistung aus der Dread Disease-Option.

C. Schwere Krankheiten

Als schwere Krankheiten im Sinne der Dread Disease-Option gelten folgende Krankheiten:

1. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Ein Herzinfarkt im Sinne der Bedingungen ist der Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Auftreten der typischen Brustschmerzen (pectanginösen Schmerzen)
- Frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien
- Für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern
- Nachweis der Infarktnarbe durch eine Reduzierung der Funktion der linken oder rechten Herzkammer durch den Herzinfarkt.

Diese Reduzierung der Funktion muss mit medizinischen bildgebenden Verfahren, z.B. durch eine verminderte Auswurfaktion des Herzens (Ejektionsfraktion), eine schwere Wandbewegungsstörung des Herzmuskels (Hypokinesie) oder durch Abnormalitäten der Herzwandbewegung nachgewiesen werden.

2. Schlaganfall (Apoplektischer Insult)

Ein Schlaganfall im Sinne der Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch ein Computertomogramm (CT), ein Kernspintomogramm (MRI) oder andere gleichwertige bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- Hat die versicherte Person das dritte Lebensjahr vollendet, so muss der Schlaganfall zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - Vollständiger dauerhafter, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernder Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neuro-

logisch nachgewiesen werden.

- Bei der versicherten Person liegt eine durch einen Schlaganfall verursachte Schädigung des Sehentrums im Gehirn mit den Folgen eines Gesichtsfeldausfalles beider Augen vor. Es muss auf beiden Augen mindestens je ein Quadrant auf der gleichen Seite betroffen sein und die Diagnose ist durch einen Augenarzt zu bestätigen.

- c) Hat die versicherte Person das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet, so muss der Schlaganfall zu einer dauerhaften, neurologisch nachweisbaren schweren Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Entwicklung der versicherten Person führen.

- d) Die Beurteilung, ob die oben aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, hat frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall zu erfolgen, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Insofern wird die in § 1 Absatz 13 der Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung genannte Karenzzeit von 28 Tagen für diese Krankheit durch drei Monate ersetzt.

3. Chronisches Nierenversagen (Anurie)

Chronisches Nierenversagen im Sinne der Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im Endstadium, das eine regelmäßige Blutwäsche (Dauerdialysebehandlung) oder eine Nierentransplantation erforderlich macht. Die Notwendigkeit der Dauerdialysebehandlung muss durch einen nephrologischen (nephrologischen) Bericht belegt werden. Das versicherte Ereignis tritt mit Beginn der Dialysebehandlung oder mit erfolgter Transplantation ein.

4. Krebs

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die ärztliche Diagnose muss durch Vorlage des feingeweblichen (histologischen) - bzw. für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome blutzellnachweislichen (zytologischen) - Befundes bestätigt sein.

Besondere Wartezeit bei einer Krebserkrankung und Leistungsausschlüsse:

- Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
 - erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
 - eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt; oder
 - nach einer innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages eingetretenen Krebserkrankung zu einem späteren Zeitpunkt Tochtergeschwülste (Metastasen) auftreten.
- Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Diese sind medizinisch wissenschaftlich wie folgt definiert:
 - Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
 - Frühformen der Leukämie (außer der Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt.
 - Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
 - Carcinoma-in-situ oder präe-maligne Formen.
 - Frühformen des Muttermunde Krebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
 - Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
 - Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachge-

wiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).

- Frühformen des Schilddrüsenkrebs oder Blasenkrebs als papilläre Mikrokarzinome.
- c) Ferner fallen - unabhängig vom Stadium - das Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS - Erkrankung nicht unter den Versicherungsschutz.

5. Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne der Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- a) Bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein.
- b) Bei chronisch voranschreitendem (progredientem) Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der erstmaligen ärztlichen Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein. Insofern wird bei chronisch voranschreitendem Verlauf die in § 1 Absatz 13 der Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung genannte Karenzzeit von 28 Tagen durch ein Jahr ersetzt.
- c) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - Es liegt ein neurologisch nachgewiesener Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom) vor.

Besondere Wartezeit bei Multipler Sklerose und Leistungsausschluss:

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
 - b) eine Diagnose von Multipler Sklerose innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.
- #### 6. HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit -
- Eine HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit - der versicherten Person im Sinne der Bedingungen liegt vor, wenn die HIV-Infektion durch Verletzung oder durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:
- a) Die versicherte Person muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben, und der Beruf der versicherten Person muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.
 - b) Die versicherte Person muss innerhalb von fünf Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.
 - c) Die Serokonversion muss innerhalb von sechs Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
 - d) Innerhalb von zwölf Monaten nach dem Vorfall müssen HIV-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.
 - e) Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.

Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:

- Ärzte / innen (Allgemeinärzte / -innen, Fachärzte / innen, etc.)
- Zahnärzte / -innen
- Krankenschwestern / -pfleger
- Personal in medizinischen Einrichtungen
- Krankenhauspersonal
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Arzthelfer / -innen
- Zahnarzthelfer / -innen
- Hebammen
- Sanitäter
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Polizisten / -innen
- Gefängnispersonal
- Zahntechniker / -innen

7. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien)

Eine Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien) im Sinne der Bedingungen ist die Durchführung einer Operation an den Koronararterien unter Eröffnung des Brustraumes mit operativer Korrektur von zwei oder mehr Gefäßabschnitten zur Behebung einer nachgewiesenen Verengung oder eines Verschlusses von Herzkranzgefäßen. Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein.

Besondere Wartezeit bei einer Bypass-Operation der Herzkranzgefäße und Leistungsausschluss:

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages durchgeführt wird.

Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

(Stand 01.01.2010)

PROVINZIAL

Die Versicherung der Sparkassen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

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

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

Der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jeweils

- im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung, mindestens jedoch um jährlich 5 % des jeweiligen Vorjahresbeitrags

oder

- um einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Prozentsatz. Dabei wird die Erhöhung immer vom jeweiligen Vorjahresbeitrag berechnet.

Bei einer Änderung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 1 der Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung ist der geänderte Beitrag Grundlage für die planmäßige Erhöhung.

Der vereinbarte Erhöhungsmaßstab wird im Versicherungsschein genannt.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres. Ist als Erhöhungsmaßstab der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung vereinbart, so ist das Verhältnis zwischen dem Höchstbeitrag am jeweiligen Erhöhungstermin und dem Höchstbeitrag zu Beginn des vorangegangenen Versicherungsjahres maßgeblich.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.
- (3) Die letzte Beitragserhöhung erfolgt fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, spätestens jedoch, wenn die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter*) von 65 Jahren erreicht.

§ 3 Wie wirkt sich die planmäßige Erhöhung der Beiträge auf die Versicherungsleistungen aus?

- (1) Der Erhöhungsbeitrag bewirkt - nach Abzug der tariflich festgelegten Vertriebskosten - eine Erhöhung des Anlagebeitrags (vgl. § 4 der Allgemeinen Bedingungen) und somit eine Erhöhung der Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Fondsanteile (Deckungskapital).
- (2) Eine gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme wird durch die Beitragserhöhung nicht erhöht. Eine Gesundheitsprüfung findet im

Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge? § 2

Wie wirkt sich die planmäßige Erhöhung der Beiträge auf die Versicherungsleistungen aus? § 3

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

Wann werden Erhöhungen ausgesetzt? § 5

Rahmen dieser planmäßigen Beitragserhöhung nicht statt.

- (3) Ist ein Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz eingeschlossen, werden dessen Versicherungsleistungen im gleichen Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht, solange für den Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz Beitragszahlungspflicht besteht.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph "Wie werden die Abschlusskosten verrechnet?" der Allgemeinen Bedingungen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen in den Paragraphen der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen, die im Zusammenhang mit der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung genannt werden, nicht erneut in Lauf. Die Erhöhungen sind wie die vereinbarte Grundversicherung an den Überschüssen beteiligt.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen.
- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

*) Das erreichte rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem der Erhöhungsteil in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Welche Steuerregelungen gelten für die private (auch fondsgebundene) Rentenversicherung?

(Stand 01.01.2010)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der Steuergesetze (Stand: 01.01.2009). Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung Ihrer Versicherung ändern. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir Ihnen, steuerliche Beratung in Anspruch zu nehmen.

Einkommensteuer

1. Rentenleistungen aus der Hauptversicherung

Gezahlte lebenslange Leibrenten unterliegen in Höhe des Ertragsanteils als sonstige Einkünfte der Besteuerung, sofern eine eventuell vereinbarte Rentengarantiezeit die durchschnittliche Lebenserwartung nicht überschreitet. Der Ertragsanteil wird mit einem Prozentsatz aus den jährlichen Renten errechnet. Dieser Prozentsatz richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Beginn der Rentenzahlung (§ 22 EStG).

Bei Wahl einer zeitlich befristeten Rente (abgekürzte Leibrente) ist der jährliche Ertrag gem. § 20 EStG zu versteuern. Als Ertrag zu versteuern ist der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung in einem Jahr und der Anteil der auf sie entrichteten Beiträge im Erlebensfall. Die steuerpflichtigen Erträge unterliegen der Kapitalertragsteuer (vgl. § 43 EStG), die wir gegebenenfalls mit zusätzlichen Steuern (z.B. dem Solidaritätszuschlag) einbehalten. Die weitere steuerliche Behandlung dieser Erträge erfolgt analog "2. Kapitaleleistungen aus der Hauptversicherung". Diese Steuern werden an das zuständige Finanzamt abgeführt und Sie erhalten über den Kapitalertrag und die abgeführten Beträge von uns eine Steuerbescheinigung als Nachweis gegenüber Ihrem Finanzamt.

2. Kapitaleleistungen aus der Hauptversicherung

Bei aufgeschobenen Rentenversicherungen gehören die Erträge aus konventionellen und fondsgebundenen privaten Rentenversicherungen bei Kapitaleleistungen zu den Einkünften aus Kapitalvermögen. Der Ertrag ergibt sich als Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (vgl. § 20 EStG Abs. 1 Nr. 6). Beiträge zu Berufsunfähigkeits- und Unfall-Zusatzversicherungen dürfen nicht von der Versicherungsleistung abgezogen werden, d. h. sie dürfen den Ertrag nicht mindern.

Bei entgeltlichem Erwerb des Anspruchs auf die Versicherungsleistung treten die Anschaffungskosten an die Stelle der vor dem Erwerb entrichteten Beiträge (vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 3 EStG).

Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von zwölf Jahren seit dem Vertragsabschluss ausgezahlt, ist die Hälfte des Unterschiedsbetrages anzusetzen (sog. Hälftebesteuerung).

Sofern die steuerpflichtige Leistung mehreren Steuerpflichtigen gemeinschaftlich zufließt, ist die Aufteilung der Erträge nach Köpfen vorzunehmen, wenn kein abweichendes Verhältnis vereinbart ist.

Kosten die durch den Versicherungsvertrag veranlasst sind, können ggf. als Werbungskosten in der Steuererklärung geltend gemacht werden.

Die steuerpflichtigen Erträge -unterliegen der Kapitalertragsteuer (vgl. § 43 EStG), die wir gegebenenfalls mit zusätzlichen Steuern (z.B. dem Solidaritätszuschlag) einzubehalten und an das zuständige Finanzamt abzuführen haben. Bemessungsgrundlage für die Kapitalertragsteuer ist stets - auch bei der Hälftebesteuerung - der volle steuerpflichtige Ertrag. Im Falle der Hälftebesteuerung kann die zu viel gezahlte Kapitalertragsteuer im Wege der Einkommensteuererklärung erstattet werden.

Die steuerpflichtigen Erträge unterliegen grundsätzlich einem gesonderten Steuertarif (vgl. § 32d EStG), durch den die Einkommensteuer abgegolten wird (Abgeltungsteuer). Stattdessen kann der Steuerpflichtige im Rahmen der Einkommensteuererklärung die Besteuerung mit seinem individuellen Steuersatz beantragen. Bei der Hälftebesteuerung findet die Abgeltungsteuer keine Anwendung; die steuerpflichtigen Erträge werden stets mit dem individuellen Steuersatz besteuert.

Ggf. behalten wir auf schriftlichen Antrag des Steuerpflichtigen die auf die Kapitalertragsteuer entfallende Kirchensteuer ein und führen sie an das zuständige Finanzamt ab. Wird kein Antrag gestellt, erfolgt die Veranlagung der Kirchensteuer im Rahmen der Einkommensteuererklärung.

Über den Kapitalertrag und die abgeführten Beträge erhalten Sie von uns eine Steuerbescheinigung als Nachweis gegenüber Ihrem Finanzamt.

Zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehört auch der Gewinn aus der Veräußerung von Ansprüchen auf eine Versicherungsleistung. Wir sind gesetzlich verpflichtet nach Kenntniserlangung von einer Veräußerung unverzüglich Mitteilung an das für den Steuerpflichtigen zuständige Wohnfinanzamt zu machen und auf Verlangen des Steuerpflichtigen eine Bescheinigung über die Höhe der entrichteten Beiträge im Zeitpunkt der Veräußerung zu erteilen.

Leistungen, die im Todesfall gezahlt werden, unterliegen nicht der Einkommensteuer.

3. Leistungen aus Zusatzversicherungen

Gezahlte Renten aus Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen unterliegen in Höhe des Ertragsanteils für zeitlich begrenzte Leibrenten als sonstige Einkünfte der Besteuerung (vgl. § 22 Abs. 1 EStG in Verbindung mit § 55 EStDV).

Kapitaleleistungen aus Unfall-Zusatzversicherungen und Risiko-Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

Renten aus einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung unterliegen in Höhe des Ertragsanteils als sonstige Einkünfte der Besteuerung. Der Ertragsanteil wird mit einem Prozentsatz aus den jährlichen Renten errechnet. Dieser Prozentsatz richtet sich nach dem Alter der mitversicherten Person bei Beginn der Rentenzahlung.

Erbschaft- / Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen aus Rentenversicherungen und eventuellen Zusatzversicherungen können der Erbschafts- bzw. Schenkungsteuer unterliegen, wenn sie einem anderen als dem Versicherungsnehmer ausgezahlt oder zur Verfügung gestellt werden. Dieses gilt auch bei einem Wechsel des Versicherungsnehmers. In diesem Fall wird der in der Versicherung liegende Vermögenswert der Versicherung übertragen. Er wird mit dem aktuellen Rückkaufwert zum Übertragungszeitpunkt bewertet. Wir sind verpflichtet, diese Fälle vor Auszahlung bzw. Übertragung dem für die Verwaltung der Erbschaftsteuer zuständigen Finanzamt schriftlich anzuzeigen (vgl. § 33 ErbStG in Verbindung mit § 3 ErbStDV).

Mitteilungspflichten

Der Versicherer hat über die ausgezahlten Leistungen - auch bei einer Berufsunfähigkeitsrente - eine Rentenbezugsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Bund als Zentrale Stelle zu machen (vgl. §§ 22a, 81 EStG).

Versicherungsteuer

Die Beiträge zu Rentenversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer.

Umsatzsteuer (auch Mehrwertsteuer genannt)

Leistungen aus Ihrer Versicherung sind umsatzsteuerfrei.

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland

Sofern die bezugsberechtigte Person aus dem Vertrag den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, unterliegen Rentenzahlungen oder eine Kapitaleistung in Deutschland der beschränkten Einkommensteuerpflicht. Der steuerpflichtige Anteil der Rente ermittelt sich nach den gleichen, oben beschriebenen Regeln (vgl. § 49 EStG). Zusätzlich können ausländische Steuerregelungen zur Anwendung kommen.

Die Abkürzungen bedeuten:

EStG	Einkommensteuergesetz
EStDV	Einkommensteuer-Durchführungsverordnung
ErbStG	Erbschaftsteuergesetz
ErbStDV	Erbschaftsteuer-Durchführungsverordnung.

**Provinzial NordWest
Lebensversicherung
Aktiengesellschaft**
Die Versicherung der Sparkassen
Sophienblatt 33
24097 Kiel
Handelsregister Kiel, HRB 5705
St.-Nr. 5337 5914 0146

Vorstand:
Ulrich Rüter (Vorsitzender)
Gerd Borggrebe, Peter Hanus,
Dr. Ulrich Lüxmann-Ellinghaus
Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Volker Goldmann

Postanschrift:
**Westfälische Provinzial
Versicherung Aktiengesellschaft**
Landesdirektion der Provinzial
NordWest Lebensversicherung
Aktiengesellschaft · 48131 Münster
Telefon 0251/219-0
Telefax 0251/219-2300
www.provinzial-online.de

Bankverbindungen:
WestLB AG Münster
BLZ 400 500 00 · Konto 60 327
Postbank Dortmund
BLZ 440 100 46 · Konto 5 580 463

Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen

-Fondsgebundene Rentenversicherung-

(Stand 01.01.2010)

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen. Wir können die Bestimmungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

Gebühren

Alle etwaigen öffentlichen Abgaben und Gebühren, die für die Versicherung erhoben werden, sowie die uns in Rechnung gestellten Gebühren für Rückläufer im Lastschriftverfahren sind uns zu erstatten.

Für eine Mahnung aufgrund der Nichtzahlung von Folgebeiträgen oder sonstigen geschuldeten Beträgen erheben wir neben den anfallenden Postgebühren eine Gebühr von 5 EUR.

Der Zinssatz für Verzugszinsen richtet sich nach der Situation am Kapitalmarkt. Er liegt jedoch höchstens 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Von jeder Zuzahlung behalten wir Gebühren in Höhe von 5 % der Zuzahlung ein.

Darüber hinaus werden folgende Gebühren erhoben:

- Wechsel des Versicherungsnehmers	15 EUR
- Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheines	15 EUR
- Bestätigung von Verfügungsbeschränkungen (außerhalb des Verbundes mit den Sparkassen und der Landesbausparkasse)	15 EUR
- Änderung der vereinbarten Todesfallsumme	15 EUR
- Einzelmächtigung zur Schweigepflichtentbindung	15 EUR
- Fondswechsel für künftige Beiträge	kostenfrei
- Übertragung von Deckungskapital in einen anderen Fonds	kostenfrei
- Ausübung des Wahlrechtes zugunsten der Leistung in Wertpapieren	50 EUR
- Teilung des Vertrages in zwei eigenständige Verträge bei Scheidung	kostenfrei

Sofern nicht anders vereinbart, entnehmen wir Gebühren oder Verzugszinsen Ihrem Deckungskapital.

Tarifabhängige Begrenzungen

1. Leistungen

- Mindestjahresrente 300 EUR
- Mindestwert für die ggf. vereinbarte Todesfallsumme 3.000 EUR
- Höchstwert für die vereinbarte Todesfallsumme

Die ggf. vereinbarte Todesfallsumme darf grundsätzlich maximal 200 % der Beitragssumme der Grundphase betragen; beträgt die Beitragszahlungsdauer in der Grundphase weniger als 10 Jahre, so darf die vereinbarte Todesfallsumme maximal 200 % des 10fachen vereinbarten jährlichen Beitragsaufwandes, höchstens jedoch 200 % der vereinbarten Beitragssumme betragen (jeweils ohne die Erhöhungsbeiträge aus planmäßigen Erhöhungen).

- Höchstwert für die Erhöhung der Todesfallsumme ohne Gesundheitsprüfung 10.000 EUR

2. Beitrag und Zuzahlungen

- Mindestbeitrag monatlich 25 EUR
- vierteljährlich 75 EUR
- halbjährlich 150 EUR
- jährlich 300 EUR
- einmalig 5.000 EUR
- Mindestbetrag für eine Zuzahlung 1.000 EUR
- Höchstbetrag für die Summe der Zuzahlungen je Kalenderjahr 10.000 EUR
- Höchstbeitrag für die Erhöhung des Beitrags je Kalenderjahr 10 % des Vorjahresbeitrags
- Höchstanzahl der Fonds, auf die die Beitragszahlung aufgeteilt werden kann 5
- Mindestanlagebeitrag je Fonds 20 % des Anlagebeitrags

3. Leistungserbringung in Wertpapieren

- Mindestwert des Deckungskapitals 1.000 EUR

4. Teilauszahlung / Teilkündigung / Teilkapitalabfindung / Kapitalentnahme

- Mindestwert der Teilauszahlung 2.500 EUR
- Mindestwert des Deckungskapitals nach Teilauszahlung/Teilkündigung 2.500 EUR
- Mindestwert der Teilkapitalabfindung 2.500 EUR
- Mindestwert der Kapitalentnahme 5.000 EUR

5. Beitragspause / Beitragsfreistellung / Rückkauf

- Mindestwert des Deckungskapitals zu Beginn der Beitragspause 1.000 EUR
- Mindestwert des Deckungskapitals bei Beitragsfreistellung 2.500 EUR
- Mindestbetrag bei Rückkauf 10 EUR

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Haftpflichtversicherer - Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Kfz-Versicherer - Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer - Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 3 Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.
- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer - Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungs-

missbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadensummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer - Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständigen Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen. Ausgenommen hiervon sind die Gesundheitsdaten der Provinzial NordWest, die an die vertragsführende Landesdirektion übermittelt werden.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

- Provinzial NordWest Holding Aktiengesellschaft,
- Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft,
- Westfälische Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft,
- Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft,
- Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG,
- VersAM Versicherungs-Assetmanagement GmbH,
- Provinzial NordWest Pensionsberatung GmbH.

Die Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft und die Westfälische Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft handeln zugleich als Landesdirektion

- der ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG,
- der Union Krankenversicherung AG (UKV) / der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG,
- der Union Reiseversicherung AG (URV),
- der Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft,
- der S-Pensionskasse AG und der S-Pensionsfonds AG.

Des Weiteren erfolgt eine Datenübermittlung an die Provinzial Rheinland, sofern es zur Vertragsführung, insbesondere bei Mitversicherungen, Konsortialvereinbarungen oder ähnlichen Formen der Zusammenarbeit, erforderlich ist.

Der Unternehmensgruppe der Provinzial Rheinland gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

- Provinzial Rheinland Versicherung AG, Die Versicherung der Sparkassen,
- Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG, Die Versicherung der Sparkassen,
- Provinzial Rheinland Holding, Ein Unternehmen der Sparkassen.

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

Zurzeit kooperieren wir mit:

- den Westfälisch-Lippischen Sparkassen,
- der Westdeutschen Landesbank,
- der LBS Westdeutsche Landesbausparkasse,
- der Firma ProTect Dienstleistungs GmbH,
- den Sparkassen des Sparkassen- und Giroverbandes Schleswig-Holsteins,
- Sparkassen in Mecklenburg-Vorpommern,
- Sparkassen mit Geschäftsstellen in Hamburg,
- der HSH Nordbank AG,
- der Nord/LB Norddeutsche Landesbank Girozentrale,
- der LBS Bausparkasse Schleswig-Holstein-Hamburg AG,
- der LBS Ostdeutsche Landesbausparkasse AG,
- der LBS-Immobilien GmbH für Schleswig-Holstein.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung / -betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

Außerdem arbeiten wir mit der ÖRAG-Service-GmbH zusammen, um eine jederzeitige Erreichbarkeit zu gewährleisten. Ferner erbringt die ÖRAG-Service-GmbH Assistance-Leistungen im Schadenfall.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

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

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

Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

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