

Kundeninformationen für eine FondsRente Vario

der Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
(Stand 01.05.2018)

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
- Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit
- Welche Steuerregelungen gelten für die private (auch fondsgebundene) Rentenversicherung?
- Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Fondsgebundene Rentenversicherung -
- Hinweise zum Datenschutz

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung

(Stand 01.01.2017)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhalt

Erläuterung einiger Begriffe

Leistungen und Versicherungsschutz

Was ist eine fondsgebundene Rentenversicherung?	§ 1
Welche Leistungen erbringen wir?	§ 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 3
Wer erhält die Leistungen?	§ 4
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 5
Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?	§ 6

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

Wann können Sie eine erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen?	§ 7
Wann können Sie eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit beantragen?	§ 8
Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie vor Beginn der Rentenzahlung?	§ 9
Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie zu Beginn der Rentenzahlung?	§ 10
Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Beginn der Rentenzahlung?	§ 11

Beitragszahlung

Wie verwenden wir Ihre Beiträge?	§ 12
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§ 13
Was geschieht, wenn ein Beitrag nicht rechtzeitig eingezogen werden kann?	§ 14

Besonderheiten der Fondsanlage

Wie wird der Wert des Fondsguthabens zum Ablauf gesichert?	§ 15
Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?	§ 16

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, und welche Leistungen erbringen wir?	§ 17
Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder die Beitragszahlung unterbrechen (Beitragspause) und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?	§ 18

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Gebühren

Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?	§ 19
Welche Gebühren und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?	§ 20

Ihre Pflichten

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 21
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 22
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?	§ 23
Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	§ 24

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 25
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 26

Sonstige Vertragsbestimmungen

Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 27
Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?	§ 28
Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?	§ 29
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 30
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 31
Was ist bei einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit zu beachten?	§ 32
Wann können wir diese Bedingungen anpassen?	§ 33

Erläuterung einiger Begriffe

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen unterstrichen.

Abrufphase ist der Zeitraum, in dem Sie eine Rentenzahlung oder eine Kapitalabfindung bereits vor dem vertraglich vereinbarten Beginn der Rentenzahlung verlangen können.

Anlagebeitrag ist der Teil des Beitrags, der nach Abzug der tariflich festgelegten Kosten verbleibt.

Anlagestock bezeichnet eine gesonderte Abteilung unseres Sicherungsvermögens, in dem die auf Ihre Versicherung entfallenen Fondsanteile (Anteile an einem Sondervermögen) bis zum Beginn der Rentenzahlung getrennt geführt werden.

Anteilswert entspricht dem von der Kapitalanlagegesellschaft veröffentlichten jeweiligen Rücknahmepreis ohne Ausgabeaufschlag. Bei börsengehandelten Exchange Traded Funds (ETFs) entspricht der Anteilswert bei Kauf und Verkauf den jeweiligen von uns erzielten Kauf- oder Verkaufspreisen. Dabei berücksichtigen wir für den ETF marktübliche Handelsgebühren Dritter.

Ausgabeaufschlag ist eine einmalige Gebühr, die beim Erwerb von Fondsanteilen erhoben wird. Wir erheben keine Ausgabeaufschläge. Dies gilt auch für einen während der Vertragslaufzeit beantragten Fondswechsel.

Bezugsberechtigter ist derjenige, der das Recht auf die Versicherungsleistung hat.

Börsentag ist ein Tag an dem Handel an einer spezifischen Börse stattfindet. Nähere Hinweise zu den für Ihren Vertrag zutreffenden Börsentagen finden Sie im Verkaufsprospekt. Setzt die Kapitalanlagegesellschaft die Errechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmepreises sowie die Rücknahme der Anteile bzw. setzt die Deutsche Börse den Handel von ETFs an dem maßgeblichen Börsentag aus, ist für die Bewertung der Anteile der nächste Börsentag maßgeblich, an dem ein Rücknahmepreis ermittelt wird bzw. an dem die Deutsche Börse den ETF wieder handelt.

Deckungskapital ergibt sich aus der Anzahl der Fondsanteile. Der Wert des Deckungskapitals bestimmt sich aus der Anzahl der Fondsanteile multipliziert mit dem jeweiligen Anteilswert.

Deckungskapitalshift bezeichnet die vollständige oder teilweise Übertragung des vorhandenen fondsgebundenen Deckungskapitals in andere angebotene Fonds.

Folgebeiträge sind die nach der ersten Beitragsfälligkeit zu zahlenden Beiträge.

Fondsanteil ist genau eine Einheit der ausgegebenen Anteile eines Fonds. Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des jeweiligen Fonds.

Fondsguthaben entspricht dem Deckungskapital.

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten.

Rechnungsmäßiges Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Rechnungszins ist ein Zinssatz mit dem Ihr Deckungskapital nach Rentenbeginn mindestens verzinst wird.

Rentenfaktoren geben an, wie viel Rente sich zum Beginn der Rentenzahlung je 10.000 EUR Fondsguthaben ergibt.

Rentengarantiezeit ist ein Zeitraum, für den die vereinbarte Rente ab Rentenbeginn gezahlt wird, unabhängig davon, ob die versicherte Person noch lebt.

Rückkaufwert bezeichnet einen Betrag, der aufgrund einer Kündigung des Vertrages anfällt.

Sterbetafel beinhaltet die Sterbewahrscheinlichkeiten, die zur Berechnung des Tarifs verwendet werden.

Beitragsswitch bedeutet, dass die künftig zu investierenden Anlagebeiträge vollständig oder teilweise in andere von uns angebotene Fonds angelegt werden.

Textform ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes, Telefaxes oder einer ausdrückbaren E-Mail abgegeben wird.

Versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird.

Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Was ist eine fondsgebundene Rentenversicherung?

Risiken der Fondsentwicklung

- (1) Da die Wertentwicklung der Fondsanteile nicht vorauszusehen ist, können wir den Wert der Leistung im Erlebensfall (Rente oder Kapitalabfindung) oder bei Kündigung nicht garantieren. Sie haben vor Beginn der Rentenzahlung 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. Wertminderungen bis hin zum Totalverlust sind möglich und können dazu führen, dass die Versicherung vorzeitig erlischt.
- (2) Die fondsgebundene Rentenversicherung bietet vor Beginn der Rentenzahlung Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock besteht aus Anteilen von zur Auswahl stehenden Investmentfonds, an die die Leistungen aus Ihrem Vertrag gebunden sind, und wird gesondert von unserem sonstigen Vermögen angelegt. Die auf Ihren Vertrag anfallenden Anteilseinheiten bilden das fondsgebundene Deckungskapital.

Mit Beginn der Rentenzahlung entnehmen wir dem Anlagestock die auf Ihren Vertrag entfallenden Anteile und legen deren Wert in unserem sonstigen Vermögen - wie bei nicht-fondsgebundenen, konventionellen Rentenversicherungen - an. Die Fondsbindung entfällt; die Höhe der lebenslangen Rente ist dann nicht mehr von der Fondsentwicklung abhängig.

- (3) 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. Erträge eines Fonds, die ausgeschüttet werden, und Steuererstattungen eines Fonds erwerben wir Anteile des gleichen Fonds und schreiben sie den einzelnen Verträgen gut.
- (4) Die Höhe der Leistungen 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 fondsgebundenen Deckungskapitals ermitteln wir börsentäglich dadurch, dass wir die Anzahl der auf Ihren Vertrag entfallenden Fondsanteile mit dem jeweiligen Anteilswert des von Ih-

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

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen ab Beginn der Rentenzahlung

- (1) Wenn die versicherte Person den vereinbarten Beginn der Rentenzahlung erlebt, zahlen wir die gemäß Absatz 2 ermittelte Rente, solange die versicherte Person lebt. Wir zahlen die Rente je nach Vereinbarung jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich an den vereinbarten Fälligkeitstagen.

Vorzeitige Rentenzahlung in der Abrufphase

Sie können jedoch während der Abrufphase zu jedem Monatsersten vorzeitig die Rentenzahlung abrufen. In diesem Fall zahlen wir die nach Absatz 2 ermittelte Rente erstmals zum Abruftermin, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt.

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

- (2) Die Höhe der Rente wird aus dem am letzten Börsentag vor Beginn der Rentenzahlung vorhandenen Wert des Deckungskapitals (siehe § 1 Absatz 4) 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 ergibt.

Garantierte Rentenfactoren

- (3) Im Versicherungsschein nennen wir Ihnen die garantierten Rentenfactoren für Ihre Versicherung. Die garantierten Rentenfactoren geben an, wie viel Rente sich bei Beginn der Rentenzahlung in den einzelnen Jahren der Abrufphase je 10.000 Euro Wert des Deckungskapitals mindestens ergibt. Die garantierten Rentenfactoren basieren auf einem Rechnungszins in Höhe von 0,25 % p.a. und einer mit einer Sterbewahrscheinlichkeit in Höhe von 50 % aus der Sterbetafel DAV 2004R abgeleiteten geschlechtsneutralen Sterbetafel.

Erreicht diese Rente den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" nicht, zahlen wir eine Kapitalabfindung entsprechend Absatz 7.

Unsere Leistungen bei Tod der versicherten Person

- (4) Wenn die versicherte Person vor Beginn der Rentenzahlung stirbt, zahlen wir den Wert des Deckungskapitals aus. Dabei ermitteln wir den Wert des Deckungskapitals zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalles. Sofern vereinbart, zahlen wir jedoch mindestens die vereinbarte Todesfallsumme.
- (5) Wenn die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung innerhalb einer vereinbarten Rentengarantiezeit stirbt, zahlen wir die Rente bis zum Ende dieser Rentengarantiezeit. Die Rentengarantiezeit beginnt mit Fälligkeit der ersten Rente.

Sie können anstelle der Rentenzahlung eine Abfindung der noch ausstehenden vereinbarten Renten aus der restlichen Rentengarantiezeit verlangen.

Rentensteigerung

- (6) Wenn Sie eine Steigerung der Renten nach Beginn der Rentenzahlung vereinbart haben, erhöht sich die jeweilige Rente jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des zweiten Jahres der Rentenzahlung.

Kapitalabfindung

- (7) Sie können verlangen, dass wir anstelle der Rentenzahlungen zum Fälligkeitstag der ersten Rente eine Kapitalabfindung zahlen, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt (Kapitalwahlrecht).

Ihr Antrag auf Kapitalabfindung muss uns spätestens zwei Börsentage vor Beginn der Rentenzahlung vorliegen (Kapitalwahlrecht). Mit Zahlung der Kapitalabfindung endet Ihr Vertrag.

Was gilt für die Auszahlung?

- (8) Nach Beginn der Rentenzahlung erbringen wir die Leistungen in Euro.

Vor Beginn der Rentenzahlung können Sie bei Kapitalleistungen statt der Auszahlung in Euro verlangen, dass wir die Anteile der von Ihnen gewählten Investmentfonds bis zur Höhe des vorhandenen Deckungskapitals übertragen. Über den Wert des Deckungskapitals hinausgehende Leistungen erbringen wir in Euro.

Sie müssen das Wahlrecht auf Übertragung der Fondsanteile 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 ausüben.

- (9) Wünschen Sie die Übertragung von Fondsanteilen, erheben wir Übertragungskosten nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen". 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" nicht, erbringen wir die Leistung in Euro.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrages vor Beginn der Rentenzahlung ist die Wertentwicklung des Anlagestockes, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (siehe § 1 Absatz 2). Darüber hinaus erhält ihr Vertrag eine Überschussbeteiligung. Diese richtet sich nach § 153 VVG in der jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltenden Fassung. Die Überschussbeteiligung umfasst nach der derzeitigen Fassung des § 153 VVG eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht. Bei fondsgebundenen Versicherungen entstehen vor Beginn der Rentenzahlung keine Bewertungsreserven.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2)
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrages erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4).

- (2) **Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung in ihrer Gesamtheit?**

Wir informieren Sie

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a)

- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese zuordnen (c).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

- (a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen die Verträge in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Verträge insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die zur Finanzierung der vereinbarten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung. Wenn die Nettoerträge nach Satz 1 nicht für die Finanzierung der vereinbarten Leistungen ausreichen, verrechnen wir den Unterschiedsbetrag - soweit möglich - mit der Mindestzuführung aus dem Risikoergebnis (bb) und dem übrigen Ergebnis (cc).

(bb) Risikoergebnis

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die tatsächliche Lebensdauer der Versicherten kürzer ist als die bei der Beitragskalkulation zugrunde gelegte. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Verträge an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines ggf. vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind als bei der Beitragskalkulation angenommen. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines ggf. vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

- (b) Die auf die Verträge entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut (Direktgutschrift).

Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Verträge verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. (Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 Absatz 3 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.)

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

- (c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu (siehe Absatz 3a).

Die Höhe dieser Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich auch

- für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages vor Rentenzahlungsbeginn,
- für den Beginn der Rentenzahlung sowie
- während der Rentenzahlung jeweils für das Ende eines Versicherungsjahres.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

- (a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z.B. Rentenversicherungen, Risikoversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Innerhalb der Bestandsgruppen haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien Untergruppen gebildet; diese werden Überschussverbände genannt. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar so, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben. Wenn eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat, weisen wir ihr keine Überschüsse zu.
- (b) Ihre Versicherung gehört vor Beginn der Rentenzahlung in der Regel zum Überschussverband Fondsgebundene Rentenversicherungen (Tarifwerk 2017) in der Bestandsgruppe Fondsgebundene Lebensversicherungen. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung Ihrer Versicherung jedoch ein R oder G, so gehört ihre Versicherung zum Überschussverband Fondsgebundene Gruppen-Rentenversicherungen (Tarifwerk 2017) in der Bestandsgruppe Fondsgebundene Lebensversicherungen.

Ab Rentenbeginn wird die Versicherung in der Regel dem Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen zugeordnet, der zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung gilt. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung der Versicherung ein R oder G, erfolgt die Einordnung in den Überschussverband entsprechend des Neuzugangs an Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung mit demselben bzw. einem diesem entsprechenden Zusatz in der Bestandsgruppe Kollektiv-Rentenversicherungen.

Sollte jedoch der garantierte Rentenfaktor Anwendung finden, wird die Versicherung in der Regel zum Rentenbeginn in einen gesonderten Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen eingeordnet. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung der Versicherung ein R oder G erfolgt die Einordnung in einen gesonderten Überschussverband in der Bestandsgruppe Kollektiv-Rentenversicherungen.

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

In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses unseres Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Für eine erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 7 bzw. eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 11 Absatz 2 gilt abweichend § 32 Absatz 2.

- (c) Bei Beendigung Ihres Vertrages vor Beginn der Rentenzahlung (durch Tod oder Kündigung) oder zu Beginn der Rentenzahlung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach der jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Auch während der Rentenzahlung beteiligen wir Ihren Vertrag entsprechend an den Bewertungsreserven. Die Zuteilung erfolgt dann jeweils zum Ende eines Versicherungsjahres sowie bei Tod, sofern dann eine Leistung fällig wird.

Gesetzliche und aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

- (d) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Beträge aus der Überschussbeteiligung ergeben sich aus den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor vor Beginn der Rentenzahlung ist dabei die Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Nach Rentenbeginn ist die Entwicklung des Kapitalmarkts dominierend. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen. Wir informieren Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung.

§ 4 Wer erhält die Leistungen?

- (1) Sie können bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn sie keine Bestimmung treffen, zahlen wir die Leistung an Sie.

Bezugsberechtigung

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

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

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

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrages 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 (siehe § 13 Absatz 2). Unsere Leistungspflicht entfällt bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (siehe § 14 Absatz 3).

§ 6 Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?

- (1) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns der Versicherung um 12 Uhr und endet am Jahrestag im folgenden Kalenderjahr um 12 Uhr. Ein Versicherungsjahr ist in Versicherungsperioden unterteilt.

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.

- (2) Versicherungsperiode ist entsprechend der Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Dies gilt bei beitragsfreien Verträgen entsprechend. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 7 Wann können Sie eine erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen?

Sie können zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn oder zu einem der Abruftermine verlangen, dass wir anstelle der jeweiligen Rente eine erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit zahlen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person

- das 62. Lebensjahr vollendet hat und
- pflegebedürftig im Sinne des § 32 Absatz 1 ist.

Wir zahlen die erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit lebenslang. Die erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit errechnet sich 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 rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person. 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 0,25 % p.a. und einer Sterbetafel mit einer Sterbewahrscheinlichkeit in Höhe von 50 % der Ausscheidereihenfolge für Pflegebedürftige der Deutschen Rück, basierend auf einer aus der Sterbetafel DAV 2004R abgeleiteten geschlechtsneutralen Sterbetafel (Tarifwerk 2017).

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

Ihre Anforderung der erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit muss mindestens zwei Börsentage vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung bei uns eingegangen sein. Andernfalls beginnt die Rentenzahlung erst am folgenden Monatsersten. Ihre Mitwirkungspflichten für den Bezug der vorstehend genannten Leistungen sind in § 22 geregelt.

§ 8 Wann können Sie eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit beantragen?

Bei einer erstmals während der Versicherungsdauer festgestellten schweren Krankheit der versicherten Person können Sie zu einem Monatsersten eine Kapitalleistung verlangen. Die schweren Krankheiten sind in unseren "Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option" aufgeführt. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Kapitalleistung vor Beginn der Rentenzahlung

- (1) Tritt eine schwere Krankheit vor Beginn der Rentenzahlung ein, entspricht die vollständige Kapitalleistung der Höhe des vorhandenen Werts des Deckungskapitals (siehe § 1 Absatz 4). Der Vertrag endet.

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. 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 diesem 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.

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.

Kapitalleistung nach Beginn der Rentenzahlung

- (2) Tritt eine schwere Krankheit nach Beginn der Rentenzahlung ein, können Sie einmalig eine Kapitalleistung während der Rentengarantiezeit verlangen, sofern Ihre Rentenversicherung eine Rentengarantiezeit umfasst und keine Hinterbliebenen-Zusatzversicherung eingeschlossen ist. Gleiches gilt bei einer Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr, hier jedoch längstens bis zu dem Beginn des Versicherungsjahres, in dem im Todesfall letztmalig eine Restkapitalrückgewähr erfolgt.

Für den Höchstentnahmebetrag, den Mindestentnahmebetrag und die nach Entnahme neu zu berechnende Rente gelten die Bestimmungen des § 11 Absatz 1 entsprechend. Nach einer Kapitalentnahme entfallen die ursprünglich vereinbarte Todesfallleistung und das Recht zu einer weiteren Kapitalentnahme.

Fälligkeit der Kapitalleistung

- (3) Die Kapitalleistung 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.

Ihr Antrag auf Inanspruchnahme der (Teil-)Kapitalleistung muss uns zusammen mit dem Nachweis der schweren Krankheit mindestens zwei Monate vor dem gewünschten Auszahlungstermin vorliegen.

§ 9 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie vor Beginn der Rentenzahlung?

Neufestlegung bzw. Änderung einer vereinbarten Todesfallsumme

- (1) Solange Sie laufende Beiträge zahlen, 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 § 20 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 in Textform 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 § 20 Absatz 1 an.

Die vereinbarte Todesfallsumme darf jedoch nur unter Einhaltung unserer "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" 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.

Teilauszahlung

- (4) Sie können vor Beginn der Rentenzahlung einmal pro Kalenderjahr zu jedem Monatsersten eine Teilauszahlung verlangen, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Der Antrag auf Teilauszahlung muss uns mindestens zwei 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" erreichen. Erreicht die verbleibende gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme den Mindestwert nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" nicht, entfällt sie.

Zuzahlungen

- (5) Sie können 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" nicht überschreitet. Die einzelne Zuzahlung darf den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" 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 zu und rechnen ihn in Anteile des bzw. der von Ihnen für den Anlagebeitrag gewählten Investmentfonds um (siehe § 12 Absatz 1). 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.

Fondswechsel

- (6) Sie können vor Beginn der Rentenzahlung jederzeit bestimmen, dass die künftig zu investierenden Anlagebeiträge vollständig oder teilweise in andere Fonds, die wir im Rahmen dieser fondsgebundenen Rentenversicherung anbieten, angelegt werden (Beitragsswitch).
- (7) Sie können vor Beginn der Rentenzahlung jederzeit das vorhandene fondsgebundene Deckungskapital Ihres Vertrages vollständig oder teilweise in andere Fonds, die wir im Rahmen dieser fondsgebundenen Rentenversicherung anbieten, umschichten (Deckungskapitalshift). Hierzu wird der Wert des zu übertragenden Deckungskapitals ermittelt und in Anteile der anderen Fonds umgewandelt, wobei der Anteilswert 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.
- (8) Für jeden Fondswechsel nach den Absätzen 6 und 7 gelten die in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" festgelegten Gebühren und tarifabhängigen Begrenzungen.

§ 10 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie zu Beginn der Rentenzahlung?

Teilkapitalabfindung

- (1) Sie können verlangen, dass wir zu Beginn der vereinbarten Rentenzahlung eine Teilkapitalabfindung zahlen, 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" erreicht.

Ihre Anforderung einer Teilkapitalabfindung muss uns mindestens zwei Börsentage vor dem maßgeblichen Termin zugegangen sein.

Abgekürzte Rentenzahlung

- (2) Sie können zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn oder zu einem der Abruftermine verlangen, dass wir anstelle einer lebenslangen Rente eine im Rahmen der tariflichen Bestimmungen abgekürzte Rente zahlen, 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. 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 § 2 Absatz 3 ergibt.

Wenn Sie die abgekürzte Rentenzahlung wählen, ist der Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung nicht möglich. Ihr Antrag auf abgekürzte Rentenzahlung muss spätestens zwei Börsentage vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung bei uns eingegangen sein.

Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

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

Für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung gelten die dann gültigen Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung einschließlich der Anpassungen, die gemäß § 32 mit Wirkung für bestehende Verträge bis zum Einschlusstermin erfolgt sind.

Sollte vor dem Einschlusstermin die mitzuversichernde Person versterben, gilt dieses Recht als nicht ausgeübt. Der Abruf der Rentenzahlung vor dem Einschlusstermin 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 Einschlusstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Personen neu berechnet. Hierdurch vermindert sich die nach § 2 Absätze 1 und 2 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" festgelegt ist, erreichen.

Änderung der Todesfalleistung

- (4) 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 § 2 Absatz 7 abzüglich der bereits gezahlten ab Rentenbeginn vereinbarten Renten gezahlt wird. Der Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung ist in diesem Fall nicht möglich.

Wir berechnen unter Berücksichtigung der Vertragsänderung die Rente für diesen Rentenbeginnstermin auf Basis der zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung geltenden Rechnungsgrundlagen neu. Mindestens zahlen wir Ihnen jedoch die Rente, die sich unter Anwendung der Rechnungsgrundlagen des garantierten Rentenfaktors zu diesem Rentenbeginnstermin gemäß § 2 Absatz 3 ergibt.

§ 11 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Beginn der Rentenzahlung?**Einmalige Kapitalentnahme**

- (1) Sie haben die Möglichkeit zu Beginn eines Versicherungsjahres - frühesten 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. Bei einer Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr ist die einmalige Kapitalentnahme nur mit unserer Zustimmung möglich und längstens bis zu dem Beginn des Versicherungsjahres, in dem im Todesfall letztmalig eine Restkapitalrückgewähr erfolgt.

Der Höchstentnahmebetrag entspricht dem Deckungskapital für die noch nicht ausgezahlten Renten der restlichen Rentengarantiezeit bzw. der Todesfalleistung. Der Mindestentnahmebetrag darf den Mindestwert der Kapitalentnahme nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängigen Begrenzungen" 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" nicht unterschreitet.

Nach einer Kapitalentnahme entfallen die ursprünglich vereinbarte Todesfalleistung und das Recht zu einer weiteren Kapitalentnahme.

Ihr Antrag auf Kapitalentnahme muss uns spätestens zwei Monate vor dem Entnahmetermin vorliegen.

Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung

- (2) Wird die versicherte Person während der Rentengarantiezeit pflegebedürftig im Sinne des § 32 Absatz 1 und ist keine Hinterbliebenen-Zusatzversicherung eingeschlossen, können Sie verlangen, dass wir den Höchstentnahmebetrag der einmaligen Kapitalentnahme (siehe Absatz 1) nicht auszahlen, sondern zu einem Monatsersten in eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit umwandeln. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat.

Gleiches gilt bei einer Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr (siehe § 10 Absatz 4), hier jedoch längstens bis zu dem Beginn des Versicherungsjahres, in dem im Todesfall letztmalig eine Restkapitalrückgewähr erfolgt.

Der Kapitalentnahmebetrag entspricht dem höchstmöglichen Entnahmebetrag der einmaligen Kapitalentnahme gemäß den Bestimmungen des Absatzes 1.

Durch die Umwandlung entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten. Die Rente wegen Pflegebedürftigkeit zahlen wir lebenslang.

Die Rente wegen Pflegebedürftigkeit errechnet sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus dem Kapitalentnahmebetrag auf Basis der für unseren Neuzugang zu diesem Zeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen für die sofort beginnende Rente wegen Pflegebedürftigkeit und unter Berücksichtigung des zu diesem Termin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person.

Die Rente wegen Pflegebedürftigkeit können Sie nur verlangen, wenn diese Rente den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" nicht unterschreitet. Abweichend von der einmaligen Kapitalentnahme kann diese Option bereits nach Ablauf des ersten Monats nach Beginn der Rentenzahlung verlangt werden.

Ihr Antrag auf Zahlung einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit muss uns spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung vorliegen. Ihre Mitwirkungspflichten für den Bezug der vorstehend genannten Leistungen sind in § 22 geregelt.

Beitragszahlung

§ 12 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 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 verteilen wir unter Berücksichtigung des Rechnungszinses von 0,9 % in gleichmäßigen Beträgen über einen Zeitraum von fünf Jahren, längstens bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, und entnehmen diese in diesem Zeitraum monatlich gleichmäßig dem Deckungskapital. Bei einer Versicherung mit Einmalbeitrag entnehmen wir die Abschlusskosten dem Einmalbeitrag. 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 Anteilswert der Fondsanteile zugrunde gelegt. Dabei ist für die Bewertung der Börsentag maßgebend, der mit dem jeweiligen Zeitpunkt der Zuführung zum Deckungskapital bzw. der Entnahme aus dem Deckungskapital zusammenfällt oder ihm folgt.

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag (Einmalbeitrag) oder bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.

Änderung der Beitragshöhe

- (2) Sie können den ursprünglich vereinbarten Beitrag zu Ihrem fondsgebundenen Vertrag 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.
- (3) Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Beitragszahlungsdauer endet spätestens mit Beginn der Rentenzahlung.
- (4) 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.
- (5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Schriftform mit uns erforderlich.
- (6) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

- (1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe § 13 Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn
 - der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden konnte und
 - Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag

- (2) Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für die ärztliche Untersuchung im Rahmen einer Gesundheitsprüfung sowie im Zusammenhang mit der Erstellung des Versicherungsscheins entstandenen Kosten in angemessener Höhe verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Ist der erste Beitrag oder der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (4) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (5) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
- (6) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklä-

ren. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

- (7) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Die Nachzahlung kann nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf erfolgen. Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Besonderheiten der Fondsanlage

§ 15 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 durch eine Mitteilung in Textform das Ablaufmanagement aussetzen oder wieder aufnehmen.

§ 16 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?

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

Ist Ihre laufende Beitragszahlung oder Ihr Deckungskapital von dieser Änderung betroffen, 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 oder Rücknahme 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 § 9 Absatz 6 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. Bei Einstellung der Rücknahme von Fondsanteilen durch die Kapitalanlagegesellschaft wird, soweit dies noch möglich ist, ebenso 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. Als solche erheblichen Änderungen gelten insbesondere:
- Nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Gebühren beim Fondseinkauf bzw. -verkauf durch die von uns beauftragte Kapitalanlagegesellschaft.
 - Beendigung der Kooperation mit der Fondsgesellschaft.
 - Verletzung von vertraglichen Pflichten durch die Kapitalanlagegesellschaft.

Als erhebliche Änderung gilt auch, wenn der Fonds Kriterien nicht mehr erfüllt, von denen wir die Aufnahme eines Fonds in das Fondsangebot üblicherweise abhängig machen. In diesem Fall können wir den Fonds mit Zustimmung des Verantwortlichen Aktuars ersetzen. Als Änderungsanlässe gelten insbesondere:

- Ein Fonds erfährt eine deutliche Abwertung durch ein renommiertes Ratingunternehmen.
- Die Fondsperformance unterschreitet den Marktdurchschnitt vergleichbarer Fonds erheblich.
- Der Gesamtwert über alle bei uns bestehenden fondsgebundenen Versicherungen beträgt weniger als 100.000 EUR.

Absatz 1 gilt entsprechend.

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, und welche Leistungen erbringen wir?

Nachteile einer Kündigung

- (1) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages können wir bei Kündigung in der Regel nur deutlich geringer als die Summe der gezahlten Beiträge erstatten, da dem Anlagestock nur die um die Vertriebskosten verminderten Beitragsteile zufließen (siehe § 12 Absatz 1) und dem Deckungskapital monatlich die Abschlusskosten, die Verwaltungskosten und die Risikobeiträge entnommen werden (siehe § 12 Absatz 2).

Auch in den Folgejahren kann der Rückkaufswert insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung der jeweiligen Fondsanteile niedriger sein als die Summe der eingezahlten Beiträge.

Kündigung

- (2) Sie können Ihren Vertrag jederzeit - jedoch nur vor Beginn der Rentenzahlung - in Textform 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.

Teilweise Kündigung

- (3) Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen. Allerdings ist dies nur möglich, wenn die herabgesetzte Todesfallsumme, sofern eine solche vereinbart ist, das verbleibende Deckungskapital oder der verbleibende Beitrag nicht unter

den Mindestbetrag sinken, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" festgelegt ist.

Auszahlung nach Kündigung

(4) Wir zahlen den Rückkaufswert (Absatz 5).

Rückkaufswert

(5) Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des Deckungskapitals (siehe § 1 Absatz 4).

Den Wert des Deckungskapitals ermitteln wir zu dem Börsentag, der mit dem von Ihnen angegebenen Kündigungstermin zusammenfällt bzw. ihm folgt. Im Falle des Absatzes 2 Satz 3 jedoch zum zweiten Börsentag nach Eingang des Kündigungsschreibens.

Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

(6) Den Rückkaufswert erbringen wir in Euro, wahlweise in Anteilen der von Ihnen gewählten Investmentfonds. Die Bestimmungen des § 2 Absätze 8 und 9 gelten entsprechend.

Beitragsrückzahlung

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

§ 18 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder die Beitragszahlung unterbrechen (Beitragspause) und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?

Nachteile einer Beitragsfreistellung

(1) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages 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 (siehe § 12 Absatz 1) und dem Deckungskapital monatlich die Abschlusskosten, die Verwaltungskosten und die Risikobeiträge entnommen werden (siehe § 12 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.

Beitragsfreistellung

(2) Nach § 165 VVG können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach § 17 Absatz 1 in Textform verlangen, zum Schluss einer Versicherungsperiode vollständig von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall entfällt eine gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme. Der Wert des Deckungskapitals (siehe § 1 Absatz 3) mindert sich um rückständige Beiträge.

Bei der Entnahme wird der Anteilswert 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" nicht erreicht, erhalten Sie den Rückkaufswert nach Absatz 2 und die Versicherung erlischt.

Teilweise Beitragsfreistellung

(3) 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 § 20 Absatz 3 erreicht.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

(4) 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" erreicht.

Beitragspause

(5) Anstelle einer Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nach Absatz 2 können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung in Textform verlangen, die Beitragszahlung zum Schluss einer Versicherungsperiode zu unterbrechen. In diesem Fall entfällt eine gegebenenfalls vereinbarte Todesfallsumme. Der Wert des Deckungskapitals (siehe § 1 Absatz 4) mindert sich um rückständige Beiträge.

Bei der Entnahme wird der Anteilswert 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" 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 2 gilt sinngemäß.

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Gebühren

§ 19 Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?

Abschlusskosten

- (1) Wenn Sie einen Versicherungsvertrag abschließen, entstehen Kosten. Zu diesen sogenannten Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Sie werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Verrechnung der Abschlusskosten

- (2) Bei laufender Beitragszahlung wenden wir auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschlusskosten heranziehen (Zillmerverfahren). Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der aufgrund von gesetzlichen Regelungen für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und die Bildung der Deckungsrückstellung bestimmt ist.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der DeckRV auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Die restlichen Abschlusskosten werden während der Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Bei einem Einmalbeitrag werden die Abschlusskosten diesem entnommen.

Folgen der Kostenverteilung

- (3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge zur Umwandlung in einen beitragsfreien Vertrag oder für den Rückkaufswert vorhanden sind (siehe §§ 17, 18).

§ 20 Welche Gebühren und Abgaben 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) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Diesen werden wir auf Ihr Verlangen nachweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen muss, wird sie entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt sie.
- (3) Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (zum Beispiel Steuern), die für den Vertrag erhoben werden, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

Tarifabhängige Begrenzungen

- (4) Für Ihren Vertrag gelten bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

Ihre Pflichten

§ 21 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir stellen Ihnen vor Abschluss des Vertrages Fragen, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind (gefahrerhebliche Umstände). Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Diese Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf Fragen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Folgen der Anzeigepflichtverletzung

- (4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir nach §§ 19 bis 22 VVG verschiedene Rechte. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir
 - vom Vertrag zurücktreten (Absätze 5 bis 7),
 - den Vertrag kündigen (Absätze 8 bis 10),
 - den Vertrag ändern (Absätze 11 und 12) oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (Absatz 17 bis 19).und wie wir diese Rechte ausüben können (Absätze 13 bis 16).

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dieses Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die

Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel: höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

- (6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgenden Voraussetzungen trotzdem bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht ist nicht arglistig erfolgt und bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der weder

- für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch
- für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 17 Absätze 4 und 5. 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

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, 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.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich mit der Kündigung in einen beitragsfreien Vertrag um (§ 18 Absatz 1).

Vertragsänderung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode anzupassen.
- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir
- im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
 - den Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht weisen wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hin.

Ausübung unserer Rücktritts-, Kündigungs- und Änderungsrechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemmung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung). 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.
- (18) Im Fall der Anfechtung haben Sie keinen Versicherungsschutz. Der Vertrag wird aufgehoben. Absatz 7 gilt entsprechend.
- (19) Wir können den Vertrag nur innerhalb eines Jahres anfechten. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der arglistigen Täuschung Kenntnis erlangen. Unser Recht zur Anfechtung erlischt, wenn seit der arglistigen Täuschung zehn Jahre vergangen sind.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrages

- (20) Die Absätze 1 bis 19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (21) Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 22 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Allgemeine Mitwirkungspflichten

- (1) Wird eine Leistung aus diesem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person vorgelegt wird.
- (2) Vor jeder Rentenzahlung können wir auf unsere Kosten eine amtliche Bescheinigung darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.
- (3) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Dies gilt auch, wenn für den Todesfall keine Leistung vereinbart wurde. Wenn für den Todesfall eine Leistung vereinbart wurde, muss uns zusätzlich eine ausführliche ärztliche

oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, ergeben. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

- (4) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies zur Klärung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- (5) Wenn Sie Leistungen in Fondsanteilen beantragen, muss uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt Absatz 11 entsprechend.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Leistungen wegen schwerer Krankheit

- (6) Wird eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit gemäß § 8 verlangt, ist uns eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über Beginn und Verlauf der Krankheit vorzulegen.
- (7) 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 Ansprucherhebenden in dem betreffenden Ausland durchzuführen.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

- (8) Bei einer erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 7 bzw. bei einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 11 Absatz 2 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.
- (9) 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 Ansprucherhebenden 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.

Fälligkeit der Leistungen und Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflichten

- (10) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 9 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann dazu führen, dass unsere Leistung nicht oder nur teilweise fällig wird.

Kosten

- (11) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.
- (12) 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.

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

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung (z. B. eine Mahnung) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 24 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (2) Derzeit bestehen insbesondere folgende Mitteilungspflichten aufgrund gesetzlicher Regelungen:

(a) Steuer

Sie müssen uns alle Umstände mitteilen, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
- der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
- der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Welche dies im Einzelnen sind, können Sie dem Merkblatt "Welche Steuerregelungen gelten für die private (auch fondsgebundene) Rentenversicherung?" entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, können für Sie Nachteile entstehen, beispielsweise Meldung an Steuerbehörden unabhängig von einer tatsächlichen Steuerpflicht.

(b) Geldwäsche-Gesetz

- Sie müssen offen legen, ob Sie den Vertrag für einen Dritten abschließen oder eine Zahlung für einen Dritten vornehmen.
- Sie müssen uns aktiv darüber informieren, wenn die Beiträge von einem Konto eingezogen werden sollen, dessen Inhaber nicht Sie als Versicherungsnehmer sind (fremde Beitragszahlung). Als fremde Beitragszahlung gelten dabei z. B. auch Lastschriften von Konten, für die Sie lediglich Kontovollmacht besitzen, sowie Zahlungen von Geschäftskonten, durch Vermittler oder durch den Arbeitgeber, sofern diese nicht Versicherungsnehmer sind.
- Die aktive Informationspflicht besteht für sämtliche Zahlungen während der Vertragslaufzeit (z. B. Überweisungen, Zahlungen, Darlehen, Kontoänderungen).

Kommen Sie Ihrer Offenlegungs- und Informationspflicht nicht oder nicht wahrheitsgemäß nach, müssen wir dies dem Bundeskriminalamt und den Strafverfolgungsbehörden melden.

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

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

- (1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.
- (2) Stirbt die versicherte Person vor Beginn der Rentenzahlung in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen, ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung auf die Auszahlung des Rückkaufswertes gemäß § 17 Absatz 5. Die Berechnung des Rückkaufswertes erfolgt dabei zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalles bei uns. § 17 Absatz 6 gilt entsprechend.

Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

- (3) Stirbt die versicherte 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
 vermindert sich unsere Leistung auf die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Leistungen. Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 26 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung erbringen wir eine für den Todesfall vereinbarte Leistung, wenn
 - seit Abschluss des Vertrages drei Jahre vergangen sind,
 - die Rentenzahlung bereits begonnen hat oder
 - uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht vor Beginn der Rentenzahlung kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir die für den Todesfall berechnete Leistung bei Rückkauf gemäß § 17 Absatz 5. Die Berechnung des Rückkaufswertes erfolgt dabei zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalles bei uns. § 17 Absatz 6 gilt entsprechend.
- (3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung des Vertrags erweitert oder der Vertrag wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 27 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Stellen wir Ihnen diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- (2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.
- (3) In den Fällen des § 4 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 28 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.

§ 29 Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?

- (1) Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Jahren (§§ 195 ff. Bürgerliches Gesetzbuch). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchserhebende von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Wenn der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen lässt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen, sind wir berechtigt, die Leistung zu verweigern. Dies gilt nicht für Ansprüche, soweit wir diese bereits anerkannt haben.

§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 31 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts, Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in das Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 32 Was ist bei einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit zu beachten?

Für eine erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 7 bzw. eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 11 Absatz 2 gelten nachfolgende ergänzende Regelungen:

- (1) **Pflegebedürftigkeit**
Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" ist. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.
- (2) **Überschussbeteiligung**
Wenn wir eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit gemäß § 7 oder § 11 Absatz 2 zahlen, wird Ihre Versicherung in der Regel dem 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 mit erhöhter Rente wegen Pflegebedürftigkeit gelten würden. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung Ihrer Versicherung jedoch ein R oder G, erfolgt die Einordnung in den Überschussverband entsprechend des Neuzugangs zum Rentenbeginn an sofort beginnenden Rentenversicherungen mit erhöhter Rente wegen Pflegebedürftigkeit mit dem selben bzw. einem diesem entsprechenden Zusatz in der Bestandsgruppe Kollektiv-Rentenversicherungen.

Da die zu verwendenden Rechnungsgrundlagen erst bei Verrentung gemäß vorstehender Bestimmungen ermittelt werden, werden wir Ihnen die genaue Bezeichnung des Überschussverbandes bei Beginn der Rentenzahlung mitteilen

Sollte jedoch der garantierte Rentenfaktor für die erhöhte Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 7 Anwendung finden, wird die Versicherung in der Regel zum Rentenbeginn in einen gesonderten Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen eingeordnet. Enthält die Tarifbezeichnung den Zusatz R oder G wird Ihre Versicherung zum Rentenbeginn in einen gesonderten Überschussverband in der Bestandsgruppe Kollektiv-Rentenversicherungen eingeordnet.

§ 33 Wann können wir diese Bedingungen anpassen?

- (1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie nach § 164 VVG 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.

Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für fondsgebundene Rentenversicherungen (zusätzliche Angaben)

(Stand 01.01.2017)

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
das aktuelle Deckungskapital sofern und soweit es den für ein Geschäftsjahr deklarierten und in unserem Geschäftsbericht veröffentlichten Mindestwert übersteigt und 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 - sofern der Zuteilungstermin kein Börsentag*) ist - 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 § 11 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 Todesfalleistung durch die Erhöhungsrenten nicht verändert und im Fall einer Kapitalentnahme gemäß § 11 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 ist die Differenz zwischen der Gesamtrente und der vereinbarten Rente. Die Gesamtrente 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 Höhe der Zusatzrente wird jeweils nur für ein Versicherungsjahr zugesichert.

Die Rückstellung für die Zusatzrente zu Beginn eines Versicherungsjahres 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 Todesfalleistung durch die Zusatzrente nicht verändert.

Im Fall einer Kapitalentnahme gemäß § 11 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 2 c und 3 c 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 ausge-

zahlt. 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 § 11 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 rechnungsmäßige 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 im Verkaufsprospekt. Setzt eine Kapitalanlagegesellschaft die Errechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmepreises sowie die Rücknahme der Anteile bzw. setzt die Deutsche Börse den Handel von ETFs an dem maßgeblichen Börsentag aus, ist für die Bewertung der Anteile der nächste Börsentag maßgeblich, an dem ein Rücknahmepreis ermittelt wird bzw. an dem die Deutsche Börse den ETF wieder handelt.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 88 Absatz 3 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 01.01.2017)

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
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

§ 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 §§ 3 oder 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 Versäumnis des Anspruchserhebenden 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 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 Umorgani-

sation, 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. Entsprechendes 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 Einzelfalles.
- (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?

- (1) 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) 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;
 - e) 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;
 - f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- (2) Wir leisten außerdem nicht, wenn
- die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wird,
 - der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und
 - die durch den Einsatz oder das Freisetzen verursachten Versicherungsfälle den Leistungsbedarf gegenüber den Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung so erhöhen, dass die dauernde Erfüllbarkeit der versicherten Leistungen beeinträchtigt wird und ein unabhängiger Treuhänder dies innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis überprüft und bestätigt hat.

§ 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 Ansprucherhebenden 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 Verhältnisse 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, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer 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 Anspruchs erhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie, die versicherte Person oder der Anspruchs erhebende 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.

Beitragsfreistellung und Beitragspause

- (6) Wenn Sie nach § 165 VVG verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden, treten die Folgen der Kündigung des Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutzes ein (vgl. Abs. 4), und der Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz erlischt. Gleiches gilt bei Unterbrechung der Beitragszahlung (Beitragspause).

Versicherungsbedingungen

- (7) 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 beigefügten 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 auszuzahlen wäre. Weil aus den Beiträgen für den Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz keine Beträge zur nachhaltigen Bildung von Kapitalanlagen zur Verfügung stehen, entfallen bei einer gemäß § 153 Absatz 3 VVG vorzunehmenden verursachungsorientierten Zuordnung der in den Kapitalanlagen enthaltenen Bewertungsreserven keine Bewertungsreserven auf den Berufsunfähigkeits-Versicherungsschutz. Daher erfolgt hierfür keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

*) Das 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 01.01.2017)

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 Auswurfraction des Herzens (Ejektionsfraction), eine schwere Wandbewegungsstörungen 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 neurologisch 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.
- 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.
- 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 dem Paragraphen "Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit (Dread Disease-Option)" der Allgemeinen Bedingungen 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 nierenärztlichen (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.
- b) 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 prae-maligne Formen.
 - Frühformen des Mundkrebses 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 nachgewiesenen 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 dem Paragraphen "Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit (Dread Disease-Option)" der Allgemeinen Bedingungen 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 01.01.2017)

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
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

§ 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 § 13 Absatz 2 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. § 12 Absatz 1 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 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.

Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit

(Stand 01.01.2017)

Inhaltsverzeichnis

Was ist Pflegebedürftigkeit?	§ 1
Welche Begutachtungsbereiche und Begutachungskriterien sind maßgeblich?	§ 2
Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?	§ 3
Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?	§ 4
Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?	§ 5
Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?	§ 6

§ 1 Was ist Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um eine versicherte Person handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens in der nachfolgend beschriebenen Schwere bestehen.

- (a) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" - mindestens Pflegegrad 3**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 47,5 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 47,5 entspricht mindestens dem Pflegegrad 3 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017).
- (b) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" - mindestens Pflegegrad 4**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 70 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 70 entspricht mindestens dem Pflegegrad 4 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017).
- (2) Die Definition der Pflegebedürftigkeit entspricht der Definition der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017. Bei künftigen Änderungen der gesetzlichen Definition oder der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bleibt die Definition der Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1 (a) und (b) unverändert.

Anwendung der entsprechenden Regelungen des SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017

Für die Konkretisierungen der Inhalte des Begutachtungsinstruments - u.a. für die pflegfachliche Konkretisierung der pflegfachlichen Beschreibungen der Kriterien nach Absatz 1 (a) und (b) (entspricht § 14 Absatz 2 SGB XI) - findet die Begutachtungs-Richtlinie nach § 17 SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017 Anwendung.

Wird die Begutachtungs-Richtlinie bei unveränderter gesetzlicher Definition der Pflegebedürftigkeit angepasst, ist die geänderte Begutachtungs-Richtlinie anzuwenden. Etwas anderes gilt, wenn die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinie aufgrund einer Änderung der §§ 14 und 15 SGB XI erfolgt. In diesem Fall findet die Begutachtungs-Richtlinie in der zuletzt gültigen Fassung vor der Gesetzesänderung Anwendung.

§ 2 Welche Begutachtungsbereiche und Begutachungskriterien sind maßgeblich?

Begutachtungsbereiche mit Begutachungskriterien (Module)

- (1) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden berücksichtigt.
- (2) **Modul 1: Mobilität**
Kriterien: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen
- (3) **Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Kriterien: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch
- (4) **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Kriterien: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen
- (5) **Modul 4: Selbstversorgung**

Kriterien: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde

(6) Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Kriterien:

- (a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- (b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- (c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen sowie
- (d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

(7) Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Kriterien: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

§ 3 Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?

Nach ärztlicher Begutachtung der Selbständigkeiten und Fähigkeiten der versicherten Person erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl in folgenden Schritten:

- Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul (siehe § 4)
- Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich sowie der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte (siehe § 5)
- Ermittlung der Gesamtpunkte durch Addieren der gewichteten Punkte aller Module (siehe § 6)

§ 4 Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?

- (1) Je Modul sind für die in den Modulen genannten Kriterien (siehe § 2) die nachfolgend dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden die nachfolgenden aufgeführten Einzelpunkte zugeordnet.

(a) Modul 1: Einzelpunkte im Bereich Mobilität

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 2 genannten fünf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

(b) Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 3 genannten elf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
Fähigkeit vorhanden / unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
0	1	2	3

(c) Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 4 genannten dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Kategorien			
nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zwei-mal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
0	1	2	3

(d) Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 5 genannten dreizehn Kriterien, deren Ausprägungen grundsätzlich jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

Wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung wird bei den Kriterien "Trinken" und "Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls" die Punkte verdoppelt, bei dem Kriterium "Essen" die Punkte verdreifacht.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der "Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma" und "Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma" gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Abweichend hiervon wird das Kriterium "Ernährung parental oder über Sonde" in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien		
entfällt	teilweise	vollständig

0	6	3
---	---	---

Das **Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte)** zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das **Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte)** zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das **Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte)** zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt. Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

(e) **Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 6 genannten sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (a) und (b)

Für jedes in § 2 Absatz 6 (a) und (b) aufgeführte Kriterium wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen,

- die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Tag),
 - die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Woche) und
 - die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Monat)
- erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Kategorien			
entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
	pro Tag	pro Woche	pro Monat
0			

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird summiert. (Beispiel: Erfolgt täglich dreimal eine Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Die Häufigkeit der Maßnahmen pro Woche bzw. pro Monat wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 a):
Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
seltener als einmal täglich: 0 Punkte
ein- bis dreimal täglich: 1 Punkt
vier- bis achtmal täglich: 2 Punkte
mehr als achtmal täglich: 3 Punkte

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 b):
Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
seltener als einmal pro Woche: 0 Punkte
einmal oder mehrmals wöchentlich: 1 Punkt
ein- bis zweimal täglich: 2 Punkte
mindestens dreimal täglich: 3 Punkte

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)

- **Kriterium "Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung"**

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	60	8,6	2

- **Übrige Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)**

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der übrigen Kriterien des § 2 Absatz 6 (c) wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Kategorien		
entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	4,3	1

Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen (länger als drei Stunden), werden die Punkte verdoppelt.

Die Punkte der Kriterien des § 2 Absatz 6 c) werden addiert und anhand der Summe der jeweils erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2

12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

- **Einzelpunkte für das Kriterium des § 2 Absatz 6 d)**

Die Ausprägungen dieses Kriteriums werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
0	1	2	3

(f) **Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 7 genannten sechs Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
0	1	2	3

Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul

(2) Die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in einem Modul werden im Anschluss addiert (Summe der Einzelpunkte je Modul).

§ 5 Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?

(1) Die Summe der Einzelpunkte je Modul ist dem in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen.

Wir erläutern Ihnen nachfolgend

- wie in jedem Modul die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche gegliedert sind (Absatz 2), und
- wie die jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte zuzuordnen sind (Absatz 3).

Gliederung der jeweils in den Modulen erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche

(2) In jedem Modul sind die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

- **Punktbereich 0:** keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 1:** geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 2:** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 3:** schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 4:** schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Zuordnung der in jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte

(3) Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung

- der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie
- der folgenden Gewichtung der Module

die in der Tabelle in § 6 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet.

Die Module werden wie folgt gewichtet:

- **Modul 1:** Mobilität mit 10 Prozent
- **Modul 2 und Modul 3:** Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent
- **Modul 4:** Selbstversorgung mit 40 Prozent
- **Modul 5:** Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent
- **Modul 6:** Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent

Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht.

Beispiel für eine Zuordnung der Summe der Einzelpunkte anhand des Moduls 1 Mobilität

(4) Beträgt die Summe der Einzelpunkte im **Modul 1 Mobilität 8 Punkte**, wird die ermittelte Summe der Einzelpunkte dem Punktbereich 3 (6-9 Punkte) zugeordnet. Der Punktbereich 3 dieses Moduls ist mit 7,5 Punkten gewichtet (siehe § 6). Die gewichtete Punktzahl 7,5 ist maßgeblich für die Berechnung der Gesamtpunktzahl nach § 6.

§ 6 Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

In der nachfolgenden Tabelle zur Bewertungssystematik sind je Modul die in einem Punktbereich jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten mit gewichteten Punkten dargestellt.

Modul	Punktbereich						Summe der Einzelpunkte
	0	1	2	3	4		
1	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15		
	0	2,5	5	7,5	10		Gewichtete Punkte

2	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte
3	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte
	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte
5	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte
6	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte
	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte

Ermittlung der Gesamtpunktzahl

Die Gesamtpunktzahl wird durch das Addieren der gewichteten Punkte aller Module ermittelt.

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

(Stand 01.12.2017)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 01.12.2017). 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 Ertrag gem. § 20 EStG zu versteuern. Als Ertrag zu versteuern ist die Differenz zwischen der fälligen Rentenzahlung und dem darauf entfallenden Beitragsanteil. Dies gilt auch, wenn die Rente im Todesfall aufgrund einer vereinbarten Rentengarantiezeit an den Rechtsnachfolger weitergezahlt wird. Bei fondsgebundenen Versicherungen reduziert sich der steuerpflichtige Ertrag um 15 Prozent, soweit dieser aus Investmenterträgen von Publikumsfonds stammt (vgl. § 20 Absatz 1 Nr. 6 Satz 9 EStG) (sog. Teilfreistellungsverfahren). Die Abfindung der ausstehenden Renten der Rentengarantiezeit unterliegt jedoch nicht der Einkommensteuer. 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 Rentenversicherungen gehören die Erträge aus konventionellen und fondsgebundenen privaten Rentenversicherungen bei Kapitaleistungen im Erlebensfall und bei Rückkauf zu den Einkünften aus Kapitalvermögen.

Der steuerpflichtige Ertrag ist der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (vgl. § 20 EStG Abs. 1 Nr. 6). Bei fondsgebundenen Versicherungen reduziert sich der steuerpflichtige Ertrag um 15 Prozent, soweit dieser aus Investmenterträgen von Publikumsfonds stammt (vgl. § 20 Absatz 1 Nr. 6 Satz 9 EStG) (sog. Teilfreistellungsverfahren). Erfolgt die Kapitaleistung nach Beginn der Rentenzahlung, wird bei der Ermittlung des Unterschiedbetrags berücksichtigt, dass auf die bis zum Zeitpunkt der Auszahlung geleisteten Rentenzahlungen anteilige Versicherungsbeiträge entfielen. 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 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von zwölf Jahren seit dem Vertragsabschluss ausgezahlt, wird die Hälfte des Ertrages bei der Festsetzung der Einkommensteuer ange-setzt (sog. Hälftebesteuerung).

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

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 wird die zu viel gezahlte Kapitalertragsteuer im Wege der Einkommensteuererklärung erstattet.

Die steuerpflichtigen Erträge unterliegen grundsätzlich einem gesonderten Steuertarif (vgl. § 32d EStG), durch den die Kapitalertragsteuer abgegolten wird (Abgeltungsteuer). Liegt der persönliche Steuersatz des Steuerpflichtigen unter 25 Prozent, kann er im Rahmen der Einkommensteuererklärung die Besteuerung mit seinem persönlichen Steuersatz beantragen. Bei der Hälftebesteuerung findet die Abgeltungsteuer keine Anwendung; die steuerpflichtigen Erträge werden stets mit dem individuellen Steuersatz besteuert.

Wenn für den Steuerpflichtigen eine Kirchensteuerpflicht besteht, behalten wir die auf die Kapitalertragsteuer entfallende Kirchensteuer ein und führen sie an das zuständige Finanzamt ab. Zuvor fragen wir beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) unter Angabe der Steuer-Identifikationsnummer und des Geburtsdatums automatisiert ab, ob der Steuerpflichtige kirchensteuerpflichtig ist (sog. Anlassabfrage). Das BZSt teilt uns dann eine etwaige Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft und den geltenden Kirchensteuersatz mit.

Der Steuerpflichtige kann mit amtlich vorgeschriebenem Vordruck schriftlich beim BZSt der Übermittlung von Daten zur Religionszugehörigkeit widersprechen (sog. Erklärung zum Sperrvermerk, weitere Informationen auf www.bzst.de). In diesem Fall ist der Steuerpflichtige für das betreffende Kalenderjahr verpflichtet, eine Einkommensteuererklärung abzugeben. Die Kirchensteuer wird dann vom Finanzamt auf Basis der Kapitalertragsteuer veranlagt. Ein Sperrvermerk kann vom BZSt nur berücksichtigt werden, wenn der Widerspruch spätestens zwei Monate vor unserer Datenabfrage dort eingegangen ist. Vor der Anlassabfrage werden wir den Steuerpflichtigen über die bevorstehende Datenabfrage sowie sein Widerspruchsrecht gegenüber dem BZSt informieren.

Gehört der Steuerpflichtige keiner Religionsgemeinschaft an, oder hat er der Datenübermittlung widersprochen, teilt uns das BZSt einen sog. Nullwert mit. In diesen Fällen behalten wir keine Kirchensteuer ein.

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).

Kapitalleistungen 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 Erbschaft- 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 Rückkaufswert 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

1. Rentenbezugsmitteilungen

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).

2. Internationaler Austausch von Steuerdaten über Finanzkonten (gilt für Renten- und Kapitallebensversicherungen)

Zur Förderung der Steuerehrlichkeit bei internationalen Sachverhalten sind wir gesetzlich verpflichtet, zu Ihrem Vertrag Informationen, Daten und Unterlagen zu erheben. Wir verarbeiten die erhobenen Daten und melden sie ggf. an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt). Das BZSt leitet die von uns gemeldeten Daten an die zuständige ausländische Behörde des jeweiligen Staates weiter. Sie müssen uns alle Angaben, die zur Erfüllung unserer Pflichten erforderlich sind, unverzüglich offen legen. Dies gilt nicht nur bei Vertragsabschluss, sondern auch während der Vertragslaufzeit und im Leistungsfall. Bei Änderungen dieser Merkmale müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren. Insbesondere müssen Sie uns unverzüglich über Ihren Umzug ins Ausland informieren.

a. Automatischer Informationsaustausch mit EU-Mitgliedstaaten und bestimmten Drittstaaten (nicht USA)

Wir sind gesetzlich verpflichtet, zu überprüfen, ob für folgenden Staaten meldepflichtige Verträge vorliegen:

- EU-Mitgliedstaaten aufgrund der EU-Amtshilferichtlinie und
- Drittstaaten aufgrund der multilateralen Vereinbarung zum automatischen steuerlichen Informationsaustausch

Meldepflichtig sind Verträge, bei denen der Kontoinhaber bzw. der Leistungsempfänger in einer der vorgenannten Staaten steuerlich ansässig ist. Diese steuerliche Ansässigkeit richtet sich nach den lokalen Rechtsvorschriften in den jeweiligen Staaten. Wenn eine ausländische steuerliche Ansässigkeit vorliegt, sind wir zur Erhebung folgender Daten verpflichtet:

- Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer(n) sowie Geburtsdatum und -ort jeder meldepflichtigen Person, die Kontoinhaberin des Vertrags ist;
- bei einem Rechtsträger, der Kontoinhaber ist und für den eine oder mehrere beherrschende Personen ermittelt wurden, die meldepflichtigen Personen sind, Name, Anschrift und Steueridentifikationsnummer(n) dieses Rechtsträgers sowie Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer(n), Geburtsdatum und -ort jeder meldepflichtigen Person.

b. Automatischer Informationsaustausch mit den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)

Wir sind nach der "FATCA-USA-Umsetzungsverordnung" verpflichtet, zu überprüfen, ob meldepflichtige Verträge vorliegen. Meldepflichtig sind Verträge, bei denen der Kontoinhaber bzw. der Leistungsempfänger in den USA steuerlich ansässig ist. Die steuerliche Ansässigkeit richtet sich nach den Rechtsvorschriften der USA.

Eine US-Steuerpflicht kann zum Beispiel bestehen, wenn einer der folgenden Sachverhalte auf die steuerpflichtige Person zutrifft:

- Die steuerpflichtige Person besitzt die US-amerikanische Staatsbürgerschaft (auch im Falle doppelter Staatsangehörigkeit).
- Die steuerpflichtige Person besitzt ein Einwanderungsvisum der USA ("Green Card").
- Die steuerpflichtige Person hat sich im laufenden Jahr über einen Zeitraum von mindestens 31 Tagen in den USA aufgehalten bzw. nimmt im laufenden Jahr einen solchen Aufenthalt vor. Zugleich beträgt die Gesamtaufenthaltsdauer in den USA innerhalb der letzten drei Jahre mindestens 183 Tage. Aufenthaltstage im laufenden Kalenderjahr zählen dabei voll (1/1), solche aus dem Vorjahr zu 1/3 und Aufenthaltstage aus dem davor liegenden Jahr zu 1/6.

Wenn eine US-Steuerpflicht vorliegt, sind wir zur Erhebung folgender Informationen und Daten verpflichtet:

- Name, Anschrift und US-amerikanische Steueridentifikationsnummer jeder spezifizierten Person der USA, die Inhaber des Vertrags ist, sowie bei einer nicht US-amerikanischen juristischen Person, für die eine oder mehrere beherrschende Personen ermittelt wurden, die spezifizierte Personen der USA sind,
- Name, Anschrift und gegebenenfalls US-amerikanische Steueridentifikationsnummer dieser juristischen Person und aller spezifizierten Personen der USA.

Sind Sie keine natürliche Person, müssen wir zusätzlich über Sitz und Organisation, sowie die für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Eigentümerstruktur informiert werden. Bei Änderungen dieser Merkmale müssen Sie uns unverzüglich informieren.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, können für Sie Nachteile entstehen, beispielsweise Meldung an Steuerbehörden unabhängig von einer tatsächlichen Steuerpflicht.

Versicherungsteuer

Die Beiträge zu Rentenversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer (siehe § 4 Nr. 5 VersStG).

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 Kapitalleistung 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.
VersStG	Versicherungsteuergesetz

Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen -Fondsgebundene Rentenversicherung-

(Stand 01.01.2017)

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.

Abgaben und Gebühren

Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (z. B. Steuern 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.

Beim Kauf und Verkauf von ETF Fonds werden marktübliche Handelsgebühren auf den Handelspreis erhoben. Diese betragen 0,1 %.

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

Sofern nicht anders vereinbart, entnehmen wir öffentliche Abgaben und 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
- Höchstbetrag für die Erhöhung des Beitrags je Kalenderjahr	10.000 EUR
- 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

Hinweise zum Datenschutz

(Stand 01.05.2018)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Westfälische Provinzial Versicherung AG, die Provinzial Nord Brandkasse AG, die Hamburger Feuerkasse Versicherungs AG und die Provinzial NordWest Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Für Kunden der Westfälischen Provinzial Versicherung AG:
Westfälische Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft
Hausanschrift: Provinzial-Allee 1, 48159 Münster
Tel. +49 251 219-9970
Fax +49 251 219-2300
wp-service@provinzial.de

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG:
Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft
Hausanschrift: Sophienblatt 33, 24114 Kiel
Tel. +49 431 603-9970
Fax +49 431 603-1115
service@provinzial.de

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG:
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-Aktiengesellschaft
Hausanschrift: Kleiner Burstah 6-10, 20457 Hamburg
Tel. +49 40 30904-9191
Fax +49 40 30904-9000
service@hamburger-feuerkasse.de

Für Kunden der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG:
Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Hausanschrift: Sophienblatt 33, 24114 Kiel
Tel. +49 431 603-9970
Fax +49 431 603-1115
service@provinzial.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter:
datenschutz@provinzial.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus haben sich unsere Unternehmen auf den Verhaltenskodex der deutschen Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) verpflichtet, der die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisiert. Diese können Sie im Internet über folgenden Link abrufen:

Für Kunden der Westfälischen Provinzial Versicherung AG:
www.provinzial-online.de/datenschutz

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG:
www.provinzial.de/datenschutz

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG:
www.hamburger-feuerkasse.de/datenschutz

Für Kunden der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG:
www.provinzial-nordwest.de/datenschutz

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den **Abschluss** des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur **Durchführung** des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Auswertungen und Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei einem Unternehmen des Provinzial NordWest Konzerns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur schriftlichen Werbung - insbesondere durch unsere Vertriebspartner - für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Provinzial Nordwest Konzerns und deren Kooperationspartner,
- für Markt- und Meinungsumfragen sowie

- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1c DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Bestimmte Datenverarbeitungsvorgänge für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen werden zentral an spezialisierte Bereiche unserer Unternehmensgruppe übertragen. Darüber hinaus nehmen Bereiche unserer Unternehmensgruppe bestimmte Aufgaben (z.B. die Vertrags- und Schadenbearbeitung) übergreifend wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung innerhalb der Unternehmensgruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an dieser zentralen oder übergreifenden Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der Unternehmen, die an einer Datenverarbeitung innerhalb der Unternehmensgruppe teilnehmen, sowie die externen von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang (Dienstleisterliste) entnehmen. Die jeweils aktuelle Version finden Sie immer auf unserer Internetseite unter folgendem Link:

Für Kunden der Westfälischen Provinzial Versicherung AG:
www.provinzial-online.de/datenschutz

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG:
www.provinzial.de/datenschutz

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG:
www.hamburger-feuerkasse.de/datenschutz

Für Kunden der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG:
www.provinzial-nordwest.de/datenschutz

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen eines unserer Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Ihre Rechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Ihr Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien (siehe Dienstleisterliste) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Datenerhebung bei sonstigen Dritten

Außerdem erheben wir zur Wahrung unserer berechtigten Interessen personenbezogene Daten bei Dritten (auch öffentliche Stellen) zum Zwecke der Risikoprüfung, des Forderungsmanagements und der Adressprüfung (siehe Dienstleisterliste).