

MEIN ZUKUNFTSPLAN

- Versicherungsbedingungen
- Allgemeine Informationen

AachenMünchener Lebensversicherung AG
AachenMünchener-Platz 1 • 52064 Aachen

Die Produkte der AachenMünchener
erhalten Sie exklusiv bei der



**Deutsche
Vermögensberatung**
Unternehmensgruppe

www.amv.de

Träume brauchen Sicherheit.



**Aachen
Münchener**

Versicherungsbedingungen und Informationen für den Versicherungsnehmer

	Seite
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Rentenversicherung nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN	6
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kinderinvaliditäts-Versicherung nach Tarif SKN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN	25
Besondere Bedingungen für die Investition von Anlagebeträgen in Gold bei Rentenversicherungen nach Tarif VAN und VEPN	37
Besondere Bedingungen für die Rentenversicherung nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan	40
Besondere Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Versicherung nach Tarif SKN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan	42
Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung zu Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN	44
Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Kinderinvaliditäts-Versicherungen	50
Bedingungen für die Versorger-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod des Versorgers	53
Bedingungen für die Options-Zusatzversicherung auf späteren Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (BU-Options-Zusatzversicherung)	58
Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	62
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Beamte und Richter – Allgemeine Dienstunfähigkeitsklausel	73
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Zeit- und Berufssoldaten der Bundeswehr – Dienstunfähigkeitsklausel für Soldaten	75
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Heilberufe – Infektionsklausel Heilberufe	77
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Flugbegleiter(innen) – Flugbegleiterklausel	79
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Piloten, Flugingenieure, Bordfunker, Bordwarte oder Flugnavigatoren (Luftfahrer) – Fluguntauglichkeitsklausel	81

Informationen für den Versicherungsnehmer zu MEIN ZUKUNFTSPLAN	83
Übersicht der sonstigen Kosten	102
Datenschutzhinweise	103
Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)	105
Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung	112
Liste der Dienstleister	

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

Inhaltsverzeichnis

Was ist vorläufig versichert?	§ 1
Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?	§ 2
Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?	§ 3
In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 4
Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?	§ 5
Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	§ 6
Was ist im Versicherungsfall zu beachten?	§ 7

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die beantragten Leistungen für den Todesfall sowie für den Fall der Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit, soweit eine solche Leistung im Rahmen des beantragten Tarifs vorgesehen ist.
- (2) Haben Sie den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung (BUV), einer Grundfähigkeits-Versicherung (GFV), einer Kinderinvaliditäts-Versicherung (KIV) oder einer Pflegerentenversicherung (PRV), den Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV), einer Grundfähigkeits-Zusatzversicherung (GFZV) oder einer Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZ) beantragt und tritt eine Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer jeweils maßgebenden Versicherungsbedingungen während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes ein, erbringen wir die beantragten Leistungen nur, wenn
 - a) die Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall, den die zu versichernde Person erleidet, verursacht wird, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, und uns die Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit innerhalb von drei Monaten nach dem erlittenen Unfall in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) angezeigt worden ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Nicht als Unfälle gelten Schlaganfälle und solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, sowie Gesundheitsschädigungen durch medizinische Heilmaßnahmen und Operationen. Ausgeschlossen sind Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, und zwar auch dann, wenn sie durch Trunkenheit verursacht worden sind, sowie Unfälle bei Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten.
 - b) der Vertrag, gegebenenfalls einschließlich einer Zusatzversicherung, zustande gekommen ist und zum Zeitpunkt der Anzeige der Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit noch besteht. In jedem Fall enden die Leistungen spätestens mit dem Ablauf der für den beantragten Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungsdauer.
- (3) Für unsere Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes gelten einschließlich eines eventuellen Kundenbonus sowie einer eventuellen Bonusrente aus der Überschussbeteiligung folgende Begrenzungen, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben oder wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind:
 - a) Als Todesfall-Leistung zahlen wir höchstens 150.000 €.
 - b) Die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit oder Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gilt höchstens für einen anfänglichen jährlichen Beitrag von 6.000 €; sind Versicherungsleistungen für einen höheren Beitrag beantragt, ist von Ihnen der übersteigende Beitragsteil zu entrichten. Beitragsfreie Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans als zusätzliche Leistung des BU(Z)V-Tarifs I oder W bzw. des GF(Z)V-Tarifs G sind auf einen jährlichen Dynamik-Prozentsatz von 6 % begrenzt.
 - c) Die monatliche Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Invaliditäts- oder Pflegerente beträgt höchstens 1.500 €.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) uns ein SEPA-Lastschriftmandat zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag nicht von den von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- e) die zu versichernde Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr (bei der Kinderinvaliditäts-Versicherung oder Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung den 4. Lebensmonat) bereits vollendet und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- f) der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem 3. Tag nach der Unterzeichnung des Antrags.
- (2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - b) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
 - c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht haben;
 - d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
 - e) der Einzug des Erstbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- (3) Der vorläufige Versicherungsschutz tritt rückwirkend außer Kraft, wenn
 - a) der Einzug des Erstbeitrags nicht möglich war und der Versicherungsnehmer dies zu vertreten hat oder
 - b) der Versicherungsnehmer dem Einzug widersprochen hat.
- (4) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Um-

stände, die für den Eintritt des Versicherungsfalls nur mitursächlich geworden sind.

- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person oder wenn der Versicherungsfall aus einer beantragten Berufsunfähigkeits-Versicherung, Grundfähigkeits-Versicherung, Kinderinvaliditäts-Versicherung oder Pflegerentenversicherung oder einer mitbeantragten Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Kinderinvaliditäts- oder Pflegerenten-Zusatzversicherung durch absichtliche Herbeiführung des Unfalls im Sinne von § 1 Abs. 2 a), absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung verursacht ist, besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir eine für den Todesfall nach § 1 versicherte Leistung erbringen.
- (3) Weitere Einschränkungen und Ausschlüsse sind vereinbart mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den beantragten Versicherungsvertrag und – beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – den jeweiligen Tarifbestimmungen der Komponenten zur Risikoabsicherung, sowie gegebenenfalls den Besonderen Bedingungen für eine mitbeantragte Zusatzversicherung (siehe § 6 Abs. 1).

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für eine Versicherungsperiode. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag, ansonsten der Beitrag entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstbeträge gemäß § 1 Abs. 3. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden auf den vorläufigen Versicherungsschutz die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den beantragten Versicherungsvertrag und – beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – die jeweiligen Tarifbestimmungen der Komponenten zur Risikoabsicherung, sowie gegebenenfalls die Besonderen Bedingungen für eine mitbeantragte Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZVB), Grundfähigkeits-Zusatzversicherung (GFZVB), Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZB) oder Todesfall-Zusatzversicherung (TZVB) Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse (siehe § 4 Abs. 3). Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht – mit Ausnahme eines eventuellen Kundenbonus oder einer eventuellen Bonusrente aus der Überschussbeteiligung.
- (2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

§ 7 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Rentenversicherung nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Leistung

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Können Sie den Rentenbeginn flexibel gestalten?	§ 3
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 4
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 5
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 6
Wer erhält die Leistung?	§ 7
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 8
Sie wollen eine Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden Renten?	§ 9

Beitrag

Wie verwenden wir Ihre Beiträge?	§ 10
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§ 11
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 12
Können Sie die Leistungen durch Sonderzahlungen oder durch eine Aufstockung des laufenden Beitrags erhöhen?	§ 13

Besonderheiten der Fondsanlage

Wie berechnet sich der Wert der auf das Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrags entfallenden Anteileinheiten?	§ 14
Können Sie die Aufteilung der Anlagebeiträge auf fondsgebundenes und nicht fondsgebundenes Guthaben ändern oder Guthaben umschichten? Was bedeutet das Fonds-Einstiegsmanagement oder Fonds-Ausstiegsmanagement?	§ 15
Können Sie die Aufteilung der fondsgebundenen Anlagebeträge (Fonds-Anlagesplitting) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel)?	§ 16
Was geschieht, wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilen einstellt?	§ 17

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag ganz oder teilweise kündigen und welche Leistungen erbringen wir?	§ 18
Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?	§ 19
Wie werden die Kosten Ihres Versicherungsvertrags verrechnet?	§ 20

Sonstige Vertragsbestimmungen

Sie wollen ein Policendarlehen?	§ 21
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 22
Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	§ 23
Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	§ 24
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 25
Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?	§ 26
Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?	§ 27
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 28

Kurze Erläuterung einiger wichtiger Begriffe

Vorab erläutern wir Ihnen kurz die wichtigsten in diesen Versicherungsbedingungen verwendeten Begriffe.

Diese Erläuterung ist nicht abschließend. Für den Vertragsinhalt sind nur die Versicherungsbedingungen maßgeblich.

Allgemeine Begriffe:

Beitragszahler

Beitragszahler ist grundsätzlich der Versicherungsnehmer. Zahlt eine dritte Person die Beiträge, erwirbt diese hierdurch keine Rechte aus dem Versicherungsvertrag.

Bewertungsreserven

Als Bewertungsreserven bezeichnet man den Wert der Kapitalanlagen eines Lebensversicherungsunternehmens, der zusätzlich entsteht, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem sie in der Bilanz gemäß Handelsgesetzbuch (HGB) auszuweisen wären.

Bezugsberechtigter

Bezugsberechtigter ist die vom Versicherungsnehmer benannte Person, die die Leistung erhalten soll. Grundsätzlich kann jede beliebige Person benannt werden.

Direktgutschrift

Die Direktgutschrift ist neben der Entnahme aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (s. u.) eine Form der Zuteilung von Überschüssen. Bei ihr wird den Versicherungsverträgen die Beteiligung an den Überschüssen des Unternehmens direkt in dem Jahr gutgeschrieben, in dem sie tatsächlich auch entstanden sind.

Rechnungsgrundlagen

Rechnungsgrundlagen sind die Basis für die Kalkulation des Rentenversicherungsvertrags. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Lebensdauer und zur Entwicklung der Zinsen und der Kosten.

Rechnungszins

Mit dem Rechnungszins werden der nicht fondsgebundene Teil des Guthabens sowie die Deckungsrückstellung im Rentenbezug garantiert verzinst.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung

Die Entnahme aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ist neben der Direktgutschrift eine weitere Form für die Zuteilung von Überschüssen. Die RfB ist ein Posten in der Bilanz eines Versicherungsunternehmens, der die Beträge umfasst, die grundsätzlich für die Ausschüttung an die Versicherungsnehmer reserviert sind. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen.

Überschussbeteiligung

Die Beiträge müssen vorsichtig kalkuliert werden. Deswegen können sich Überschüsse ergeben, an denen die Versicherungsnehmer zu wesentlichen Teilen beteiligt werden. Die Beteiligung an den Bewertungsreserven (s. o.) gehört ebenfalls zur Überschussbeteiligung.

Versicherte Person

Versicherte Person ist die Person, auf deren Leben der Versicherungsvertrag abgeschlossen ist.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer. Der Versicherungsnehmer ist grundsätzlich auch Beitragszahler.

Versicherungsschein

Ein Versicherungsschein dokumentiert einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag und wird vom Versicherungsunternehmen regelmäßig als Urkunde ausgestellt.

Produktspezifische Begriffe:

Anlagebeitrag

Von Ihren Beiträgen für die Rentenversicherung nach Tarif VAN behalten wir die zur Deckung unserer Kosten vorgesehenen Beträge ein. Der Anlagebeitrag entspricht dem jeweiligen gezahlten Beitrag für die Rentenversicherung nach Tarif VAN (ohne Beitrag für evtl. eingeschlossene Zusatzversicherungen), soweit dieser nicht zur Deckung der Kosten vorgesehen ist. Den Anlagebeitrag führen wir entsprechend der vereinbarten prozentualen Aufteilung der Anlagebeiträge dem fondsgebundenen und nicht fondsgebundenen Guthaben der Versicherung zu.

Anlagestock

Vor dem Rentenbeginn führen wir die auf das Fondsguthaben des Versicherungsvertrags entfallenden Anteilseinheiten der gewählten Fonds jeweils in einer gesonderten Abteilung unseres Sicherungsvermögens, dem sogenannten Anlagestock. Mit Beginn einer Rentenzahlung entnehmen wir die hierfür benötigten, auf den Versicherungsvertrag entfallenden Anteilseinheiten den vorhandenen Anlagestöcken und überführen den Wert der Anteilseinheiten aus dem Sondervermögen in das sonstige Sicherungsvermögen.

Anlagevermögen

Das Anlagevermögen ist das vor dem Rentenbeginn vorhandene Vertragsguthaben. Das Anlagevermögen besteht – je nach Ausrichtung der Kapitalanlage – aus einem nicht fondsgebundenen (sicherheitsorientierten) Teil und einem fondsgebundenen (renditeorientierten) Teil (Fondsguthaben). Das Anlagevermögen ist abhängig von der Wertentwicklung der im Vertrag vorhandenen Vermögenswerte. Soweit es sich hierbei um Fondsguthaben handelt, ist insbesondere die Wertentwicklung der Anlagestöcke maßgebend.

Fondsguthaben

Das Fondsguthaben wird in Wertpapieren der gewählten Fonds angelegt und entspricht dem Geldwert der vorhandenen Anlagestöcke. Bei mehreren Anlagestöcken ist es aufgeteilt in entsprechende Teil-Fondsguthaben.

Nicht fondsgebundenes Guthaben

Das nicht fondsgebundene Guthaben wird in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt.

Rentenfaktor

Ein Rentenfaktor gibt an, welche lebenslange Rente sich zu einem bestimmten Rentenbeginn je 10.000 € Wert des Anlagevermögens ergibt.

Sicherheitsreserve

Für die Bestreitung der Verwaltungskosten des nicht fondsgebundenen Vertragsteils in Monaten, in denen keine Beitragszahlung fällig ist, bilden wir aus einem Teil Ihrer nicht fondsgebundenen Anlagebeträge eine sog. Kostenrückstellung, von uns auch „Sicherheitsreserve“ genannt. Sie ist Teil des nicht fondsgebundenen Guthabens. In den Zeiträumen, für die sie gebildet wurde, entnehmen wir ihr einen Teil der Beträge für die Vertragsverwaltung und verbrauchen die Sicherheitsreserve so bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung.

Vorgezogene (Teil-)Rente(n)

Vor dem Rentenbeginn können eine vorgezogene Rente oder mehrere vorgezogene Teilrenten oder stattdessen deren Kapitalabfindung(en) in Anspruch genommen werden. Diese Renten sind stets lebenslang.

Zeitrente

Sie haben die Möglichkeit, der lebenslangen Rentenzahlung eine Zeitrente vorzuschalten (Flexrente Smart). Eine Zeitrente wird unabhängig von Leben oder Tod einer versicherten Person grundsätzlich für die in Jahren und Monaten vereinbarte Dauer gezahlt. Die Zeitrente erbringen wir möglichst lange nur aus dem nicht fondsgebundenen Guthaben Ihres Vertrags. Hierdurch bleibt seine renditeorientierte Kapitalanlage zunächst unangetastet, obwohl Sie bereits wiederkehrende Leistungen erhalten.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Bei einer Versicherung nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN handelt es sich um eine

Rentenversicherung mit aufgeschobener lebenslanger Rentenzahlung, Recht auf vorgezogene Teilrenten, Kapitalleistung bei Tod vor dem Rentenbeginn, Rentengarantiezeit, flexiblem Rentenbeginn und mit Kapitalwahlrecht (Tarif VAN)

(1) Vorgezogene Teilrenten / Rentenzahlung

Vor dem Rentenbeginn können bis zu acht vorgezogene Teilrenten in Anspruch genommen werden. Diese können mit Frist von einem Monat jeweils zum Monatsanfang, frühestens jedoch zu Beginn des dritten Versicherungsjahres*), beantragt werden. Wird eine vorgezogene Teilrente in Anspruch genommen, wird von dem zum jeweiligen Rentenbeginn einer Teilrente (Teilrententermin) vorhandenen Anlagevermögen der gewünschte Prozentsatz bzw. der gewünschte Betrag (mindestens 1 % des Anlagevermögens) als Teilkapitalabfindung entnommen und zur Bildung einer Teilrente verwendet (Absatz 4b bis 4e) oder ausgezahlt (Absatz 6). Das Anlagevermögen setzt sich zusammen aus dem Geldwert des Fondsguthabens sowie dem Guthaben in unserem sonstigen Sicherungsvermögen (nicht fondsgebundenes Guthaben). Die Höhe einer vorgezogenen Teilkapitalabfindung ist auf 90 % des Anlagevermögens (ohne Sicherheitsreserve und ohne den ihr entsprechenden Teil des Fondsguthabens) sowie auf den Rückkaufswert zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme (siehe § 18) begrenzt; auch die gebildete Sicherheitsreserve selbst und der ihr entsprechende Teil des Fondsguthabens müssen erhalten bleiben. Die Rente wird aus dem Anlagevermögen, welches nach möglichen Entnahmen für die Teilrenten noch verbleibt, gebildet. Wenn die versicherte Person den jeweiligen Beginn der Teilrente bzw. der Rente erlebt, zahlen wir die Teilrenten sowie die Rente monatlich bis zum Tod der versicherten Person, mindestens jedoch bis zum jeweiligen Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diese Rentenzahlungstermine erlebt.

(2) Fondsguthaben und nicht fondsgebundenes Guthaben

Vor dem Rentenbeginn sind Rentenversicherungen nach Tarif VAN mit ihrem Fondsguthaben unmittelbar an der Wertentwicklung eines oder mehrerer besonderer Vermögen (Anlagestock / Anlagestöcke) entsprechend der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung beteiligt. Die Anlagestöcke werden in einer oder mehreren gesonderten Abteilungen unseres Sicherungsvermögens gesondert von unserem sonstigen Sicherungsvermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteilseinheiten aufgeteilt. Das Fondsguthaben Ihrer Rentenversicherung ergibt sich aus dem Wert der auf Ihre Rentenversicherung entfallenden Anteilseinheiten pro Anlagestock (Teil-Fondsguthaben). Soweit von Ihnen gewählt, werden Beitragsteile nicht in einem der Anlagestöcke, sondern in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt (nicht fondsgebundenes Guthaben, siehe § 10 Abs. 1). Für das sonstige Sicherungsvermögen garantieren wir eine Verzinsung von jährlich 0,9 % (Rechnungszins).

Für die Aufteilung einer Teilkapitalabfindung gemäß Absatz 1 ist grundsätzlich das Verhältnis der einzelnen Guthaben (Geldwerte der Teil-Fondsguthaben sowie nicht fondsgebundenes Guthaben) maßgebend. Auf Ihren Antrag hin wird die Teilkapitalabfindung Ihren Wünschen entsprechend – sofern ihr Geldwert hierfür ausreicht – auf einzelne Fonds bzw. das nicht fondsgebun-

dene Guthaben aufgeteilt, der evtl. Rest anteilig auf die übrigen Fonds und das nicht fondsgebundene Guthaben. Mit Beginn der Rentenzahlung wird dabei der auf eine in Anspruch genommene Teilrente entfallende fondsgebundene Anteil den Anlagestöcken entnommen und neben dem nicht fondsgebundenen Guthaben in unserm sonstigen Sicherungsvermögen angelegt.

(3) Risiko bei fondsgebundenem Anlagevermögen

Soweit es sich beim Anlagevermögen Ihres Vertrages um Fondsguthaben handelt, tragen Sie das damit verbundene Anlagerisiko. Da die Entwicklung der Werte der Anlagestöcke nicht vorausszusehen ist, können wir hierzu die Höhe der Teilrenten und der Rente vor Beginn der jeweiligen Rentenzahlung nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerung der Wertpapiere der Anlagestöcke einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass die jeweilige Rente bei einer guten Fondsentwicklung höher sein wird als bei einer weniger guten Fondsentwicklung. Bei einer ungünstigen Fondsentwicklung ist nicht ausgeschlossen, dass das Fondsguthaben die Summe der hierauf entfallenden Beiträge nicht erreicht. Auch kurz vor dem Rentenbeginn sind noch Kursschwankungen möglich, die die Höhe des Fondsguthabens erheblich beeinflussen können.

(4) Rentenhöhe, Rentengarantie

- a) Das im Antrag bzw. im Versicherungsschein für das nicht fondsgebundene Guthaben genannte garantierte Kapital bei Rentenbeginn bleibt nur gültig, wenn Sie bis dahin keine Änderung der Aufteilung der Anlagebeiträge gemäß § 15 Abs. 1 und keine Umschichtung von Guthaben gemäß § 15 Abs. 2 vornehmen und wenn Sie weder eine Teilrente, eine Teilkapitalabfindung, eine Zeitrente (siehe § 3 Abs. 2), das Fonds-Einstiegsmanagement (siehe § 15 Abs. 3) noch das Fonds-Ausstiegsmanagement (siehe § 15 Abs. 3) in Anspruch nehmen.
- b) Die Höhe der Rente wird aus dem zum Rentenbeginn vorhandenen Anlagevermögen ermittelt. Die Höhe einer Teilrente wird entsprechend dem gewählten Prozentsatz bzw. dem gewählten Betrag aus dem zum jeweiligen Teilrentenbeginn vorhandenen Anlagevermögen ermittelt.
- c) Auf dieser Basis wird eine ab dem jeweiligen Rentenbeginn garantierte, konstante Rente bzw. Teilrente im Sinne von Absatz 1 gezahlt.
- d) Die Rente und jede evtl. Teilrente erreicht mindestens 85 % des Betrages, der sich ergibt, wenn wir bei ihrer Ermittlung die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung wie bei Vertragsbeginn zugrunde legen. Liefern die Annahmen zur künftigen Lebenserwartung, die wir bei Beginn der Rentenzahlung für neu abzuschließende gleichartige Rentenversicherungen zugrunde legen, eine höhere Rente, so gilt für Ihren Vertrag diese höhere Rente.
- e) Ab Rentenbeginn zahlen wir mindestens die Rente, die sich aus dem dann zu verrentenden Anlagevermögen einschließlich des Überschussanteils zum Rentenbeginn gemäß § 2 Abs. 5, des Schlussüberschussanteils gemäß § 2 Abs. 7 sowie der ggf. zugeteilten Bewertungsreserven gemäß § 2 Abs. 2c bzw. § 2 Abs. 8 und der bereits zu Versicherungsbeginn „garantierten Rente je 10.000 € des Anlagevermögens“ (Rentenfaktor) ergibt. Diese Garantie gilt für die Rente zu den im Antrag für MEIN ZUKUNFTSPLAN (nachfolgend „Antrag“ genannt) angegebenen Terminen. Für Teilrententermine und Termine für den Rentenbeginn innerhalb der Verfügungs- oder Verlängerungsphase (siehe § 3) garantieren wir ebenfalls ab Versicherungsbeginn Rentenfaktoren, die wir Ihnen auf Wunsch gerne mitteilen. Die vorstehenden Ausführungen zum garantierten Rentenfaktor gelten hierfür in gleicher Weise. Die Höhe des Rentenfaktors ist abhängig vom Rentenbeginnstermin.

*) Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

(5) Rentenzahlungsweise, Rentengarantiezeit

Anstelle der monatlichen Rentenzahlungsweise kann auch eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rentenzahlungsweise vereinbart werden. Eine Änderung der vertraglich vereinbarten Rentengarantiezeit kann mit Frist von einem Monat zusammen mit dem Antrag auf eine vorgezogene Teilrente bzw. bis einen Monat vor dem Rentenbeginn beantragt werden. Hierdurch ändert sich die Höhe des garantierten Rentenfaktors gemäß Absatz 4e: Bei einer Verlängerung der Rentengarantiezeit wird er reduziert, bei einer Verkürzung der Rentengarantiezeit erhöht er sich. Den geänderten Rentenfaktor für die neue Rentengarantiezeit ermitteln wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen bei Vertragsabschluss. Die Rentengarantiezeit kann für die Rente sowie für die einzelnen Teilrenten jeweils unterschiedlich lang sein.

(6) Kapitalabfindung

Anstelle der Rentenzahlungen leisten wir zu einem Teilrententermin auf Antrag jeweils eine einmalige Kapitalauszahlung in Höhe der entsprechenden Teilkapitalabfindung (siehe Absatz 1). Anstelle der Rentenzahlungen leisten wir zum Rentenbeginn auf Antrag eine einmalige Kapitalabfindung, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt. Bei einer Kapitalabfindung zum Rentenbeginn zahlen wir das Anlagevermögen aus. Eine Ausübung des Kapitalwahlrechts (= Antrag auf Kapitalabfindung) ist mit Frist von einem Monat zu einem Teilrententermin möglich. Mit der Auszahlung aller Kapitalabfindungen erlischt die Versicherung. Die Möglichkeit der Kapitalabfindung im Zusammenhang mit dem flexiblen Rentenbeginn ist in § 3 Abs. 5 und 6 beschrieben. Unter Beachtung der vorgenannten Frist können Sie beantragen, dass zum Rentenbeginn nur ein Teil des vorhandenen Anlagevermögens als Kapitalabfindung gezahlt wird und aus dem restlichen Anlagevermögen eine Rente gemäß Absatz 4b gebildet wird.

(7) Todesfall-Leistung

Stirbt die versicherte Person vor dem Rentenbeginn, zahlen wir als Todesfall-Leistung das vorhandene Anlagevermögen. Laufende Renten werden ggf. bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit der jeweiligen Teilrente weitergezahlt.

(8) Auszahlungsform für die Todesfall-Leistung

Auf Antrag des Anspruchsberechtigten bilden wir aus der Todesfall-Leistung gemäß Absatz 7 eine sofort beginnende Rentenversicherung auf sein Leben, sofern die Rente einen jährlichen Mindestbetrag von 300 € erreicht. Bei der Berechnung dieser Rente werden wir den Rechnungszins sowie die Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir bei Beginn der Rentenzahlung bei neu abzuschließenden Rentenversicherungen ansetzen.

(9) Leistung in Wertpapieren

Die bei Tod vor dem Rentenbeginn fällige Todesfall-Leistung sowie die Kapitalabfindung bzw. Teil-Kapitalabfindung erbringen wir – soweit es sich hierbei um Fondsguthaben handelt – nach Wahl des Anspruchsberechtigten als Geldleistung oder in Wertpapieren der Anlagestöcke. Bei einer Übertragung von Wertpapieren ist für die Bemessung der Anzahl der Wertpapiere der Geldwert des Fondsguthabens (siehe § 14) maßgebend. Dieser Wert verringert sich noch um die Übertragungskosten in Höhe von 25 €. Ein Fondsguthaben bis zu einem Wert von 500 € erbringen wir als Geldleistung. Zur Ausübung seines Wahlrechts werden wir den Anspruchsberechtigten auffordern. Wenn der Anspruchsberechtigte nicht innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Aufforderung die Leistung in Wertpapieren ver-

langt, zahlen wir die Versicherungsleistung als Geldleistung aus.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Worauf basiert die Überschussbeteiligung?

- a) Soweit es sich um Fondsguthaben handelt, ist für den Ertrag des Versicherungsvertrages vor Rentenbeginn die Entwicklung der Sondervermögen (Anlagestock/Anlagestöcke) entscheidend, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (siehe § 1 Abs. 2). Darüber hinaus beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Auf Fondsguthaben fallen keine Bewertungsreserven an.
- b) Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und stellen sie jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses fest. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven weisen wir dabei im Anhang des Geschäftsberichtes aus. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Nachfolgend erläutern wir Ihnen,
 - wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
 - wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrages erfolgt (Absatz 3),
 - wie die Überschussanteile vor Beginn einer Rentenzahlung ermittelt und verwendet werden (Absatz 4 bzw. 5),
 - wie die Überschussanteile nach Beginn einer Rentenzahlung ermittelt und verwendet werden (Absatz 6),
 - wann ein Schluss-Überschussanteil fällig werden kann (Absatz 7),
 - wann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig werden kann (Absatz 8),
 - warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 9).

(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

Dazu erklären wir Ihnen

- 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 unsere Versicherungsnehmer 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

Sofern Anlagevermögen in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt wird (nicht fondsgebundenes

Anlagevermögen) sowie nach dem Rentenbeginn bzw. auch bezogen auf laufende Teilrenten stammen die Überschüsse zu einem großen Teil aus den Erträgen der Kapitalanlagen des sonstigen Sicherungsvermögens (siehe § 1 Abs. 2). Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit mindestens den dort genannten Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung ist grundsätzlich vorgeschrieben, dass den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit mindestens 90 % der Nettoerträge zugutekommen. Aus dem Betrag, der den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit zugutekommt, werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Leistungen benötigt werden. Den restlichen Teil des Betrags, der den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit zugutekommt, verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Das Fondsguthaben ist nicht in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt, sondern in einer oder mehreren gesonderten Abteilungen unseres Sicherungsvermögens, den Anlagestöcken (siehe § 1 Abs. 2). Deshalb entfallen auf das Fondsguthaben keine Überschüsse aus den Erträgen unserer Kapitalanlagen. Mit Rentenzahlungsbeginn wird das für die Rentenzahlung benötigte Guthaben den vorhandenen Anlagestöcken entnommen und der Wert in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt.

(bb) Risikoergebnis

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die tatsächliche Lebensdauer der versicherten Personen kürzer ist als die bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegte. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer während des Rentenbezugs an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer 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 Tarifikalkulation angenommen,
 - wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.
- b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift). Die RfB dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die RfB nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die RfB heranziehen, um
- einen drohenden Notstand abzuwehren,
 - unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
 - die Deckungsrückstellung**) zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorherseh-

baren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die RfB 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 gemäß Handelsgesetzbuch (HGB) auszuweisen wären. Bei der vorliegenden Versicherung entstehen Bewertungsreserven vor Beginn der Rentenzahlung höchstens, soweit und solange wir Teile des Anlagevermögens in unserem sonstigen Sicherungsvermögen anlegen. Soweit Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 8a) anteilig rechnerisch zu.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Versicherungsvertrags?

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risikoversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Innerhalb der Bestandsgruppen bilden wir Gewinnverbände, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände nach einem verursachungsorientierten Verfahren, und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Ihr Versicherungsvertrag erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbandes, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern. Sie finden ihn auch auf unserer Internetseite: www.amv.de.

(4) Wie werden die Überschussanteile vor Beginn einer Rentenzahlung ermittelt?

- a) Vor dem Rentenbeginn erhalten Sie – für den Teil des nicht fondsgebundenen Anlagevermögens Ihrer Versicherung, der nicht auf laufende Teilrenten entfällt – als Überschussbeteiligung monatliche Zins-Überschussanteile. Die Zins-Überschussanteile teilen wir zum Ende eines jeden Versicherungsmonats, erstmals zum Ende des 13. Versicherungsmonats, zu. Der Zins-Überschussanteil wird im Verhältnis zum überschussberechtigten Guthaben bemessen. Als überschussberechtigtes Guthaben gilt grundsätzlich das zum Monatsbeginn vorhandene nicht fondsgebundene Guthaben. Wird dieses durch Umschichtung gemäß § 15 Abs. 2 im Monatsverlauf unterschritten, gilt der im Monat erreichte niedrigste Wert als überschussberechtigtes Guthaben.
- b) Auf das Fondsguthaben erhalten Sie als Überschussbeteiligung monatliche Kosten-Überschussanteile. Die Kosten-Überschussanteile teilen wir zum Ende eines jeden Versicherungsmonats zu, erstmals zum Ende des 13. Versicherungsmonats. Dieser Kosten-Überschussanteil wird im Verhältnis zu dem zum Zuteilungszeitpunkt vorhandenen Fondsguthaben bemessen.
- c) Zusätzlich erhalten Sie bei beitragspflichtigen Versicherungen jährliche Kosten-Überschussanteile jeweils auf die mit den Anteilen für die nicht fondsgebundene und die fondsgebundene Anlage (siehe § 10 Abs. 1) gewichtete maßgebende Beitragssumme. Diese Kosten-Über-

schussanteile teilen wir zum Ende eines Versicherungsjahres zu, erstmals zum Ende des 2. Versicherungsjahres. Maßgebende Beitragssumme ist die vereinbarte Summe der Beiträge von höchstens 40 Jahren und höchstens der Beiträge bis zum Alter von 75 Jahren der versicherten Person; Beiträge für Sonderzahlungen sowie für evtl. eingeschlossene Zusatzversicherungen werden dabei nicht mitgezählt.

(5) Wie werden die Überschussanteile vor Beginn einer Rentenzahlung verwendet?

Die Überschussanteile gemäß Absatz 4a sowie die Überschussanteile gemäß Absatz 4c, die auf die mit dem Anteil für die nicht fondsgebundene Anlage gewichtete Beitragssumme bezogen werden, werden verzinslich angesammelt (Ansammlungsguthaben). Die Überschussanteile gemäß Absatz 4b sowie die übrigen jährlichen Überschussanteile gemäß Absatz 4c rechnen wir entsprechend der für das Fonds-Anlagesplitting vereinbarten prozentualen Aufteilung (siehe § 16 Abs. 1) in Anteilseinheiten der zugehörigen Anlagestöcke um und schreiben sie dem Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrags gut, wobei wir die am Stichtag des Monats festgestellten Werte der Anteilseinheiten zugrunde legen (siehe § 14 Abs. 1). Einzelheiten zur Aufteilung der dem Fondsguthaben zuzuführenden Überschussanteile auf die zugrunde liegenden Fonds sowie zu den Anlagestöcken finden Sie in den §§ 14 und 16. Der entsprechende Überschussanteil zum Rentenbeginn wird nicht mehr in Anteilseinheiten umgerechnet, es sei denn, dass eine Kapitalabfindung in Wertpapieren (siehe § 1 Abs. 9) verlangt wird.

(6) Wie werden die Überschussanteile nach Beginn einer Rentenzahlung ermittelt und verwendet?

- a) Für jede laufende Teilrente bzw. für die Rente gemäß § 1 Abs. 1 erhalten Sie jährliche Zins- und Risiko-Überschussanteile jeweils unmittelbar vor dem Jahrestag des Beginns der jeweiligen Rentenzahlung. Die Überschussanteile werden im Verhältnis des jeweiligen Deckungskapitals zum Zuteilungszeitpunkt bemessen. Diese Überschussanteile werden zum einen Teil zur Bildung eines Rentenzuschlags und zum anderen Teil zur Bildung von Rentenerhöhungen oder stattdessen – sofern vereinbart – zur Bildung von alleinigen jährlichen Rentenerhöhungen verwendet. Ein Wechsel zwischen den vorgenannten Überschussverwendungsarten kann bis zu drei Monate vor dem Beginn einer Teilrente bzw. vor dem Rentenbeginn beantragt werden. Der evtl. Rentenzuschlag setzt mit Beginn der jeweiligen Rentenzahlung ein. Zukünftige – aber noch nicht zugeteilte – Überschussanteile werden dabei unter der Annahme, dass die maßgebenden Überschussanteil-Sätze unverändert bleiben, so aufgeteilt, dass sich eine über die Rentenzahlungszeit gleich bleibende Rente aus diesen Überschussanteilen ergibt. Der Rentenzuschlag bleibt solange unverändert, wie sich die maßgebenden Überschussanteil-Sätze und Annahmen über die künftige Lebenserwartung nicht ändern. Bei einer späteren Reduzierung der Überschussanteil-Sätze oder Änderung der Annahmen über die künftige Lebenserwartung kann der ursprünglich festgesetzte Rentenzuschlag reduziert werden. Das bedeutet, dass die gesamte Rentenzahlung auch sinken kann. Die Rentenerhöhungen beginnen jeweils bei Zuteilung der Überschussanteile. Die jeweiligen Rentenerhöhungen bleiben in ihrer Höhe unverändert. Neu hinzukommende Rentenerhöhungen führen somit grundsätzlich zu einer jährlich steigenden Gesamtrente. Die Rentengarantiezeit des Rentenzuschlags und der Rentenerhöhungen stimmt mit der verbleibenden Rentengarantiezeit der jeweiligen (Teil-)Rente überein. Bei der Berechnung der jeweiligen Rentenerhöhungen werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der jeweiligen Rentenerhöhung bei neu abzuschließenden gleichartigen Rentenversicherungen ansetzen.

- b) Auch falls eine Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Renten gemäß § 9 gezahlt wurde, gewähren wir im Verhältnis des verbliebenen Deckungskapitals während der Rentengarantiezeit jährliche Überschussanteile jeweils unmittelbar vor dem Jahrestag des Beginns der Rentenzahlung, solange die versicherte Person lebt. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Tod der versicherten Person, spätestens zum Ablauf der Rentengarantiezeit, ausgezahlt. Bei Wiederaufnahme der Rentenzahlung werden aus den dann zugeteilten Überschussanteilen jeweils sofort beginnende Rentenerhöhungen gebildet.

- c) Eine laufende Zeitrente gemäß § 3 Abs. 2 wird durch die Überschussbeteiligung nicht erhöht. Stattdessen wird das Anlagevermögen, aus dem die Zeitrente erbracht wird, während der Zahlung der Zeitrente weiterhin gemäß Absatz 4 und 5 am Überschuss beteiligt.

(7) Wann kann ein Schluss-Überschussanteil fällig werden?

Zum Rentenbeginn sowie bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung vor dem Rentenbeginn durch Tod, Rückkauf oder durch gemäß § 3 vorverlegten Rentenbeginn kann – frühestens nach Ablauf des 13. Versicherungsm Monats – zu den Leistungen aus der laufenden Überschussbeteiligung ein Schluss-Überschussanteil hinzukommen. Dieser Schluss-Überschussanteil bemisst sich nach dem mittleren bisherigen monatlichen nicht fondsgebundenem Guthaben. Der so ermittelte Betrag wird – sofern die Verfügungsphase (siehe § 3) noch nicht erreicht ist – mit 7 % p. a. für die verbleibenden Jahre bis zum Beginn der Verfügungsphase diskontiert. Der ggf. fällige Schluss-Überschussanteil wird zusammen mit dem auf die Versicherung entfallenden Anteil an den Bewertungsreserven gemäß Absatz 8a verrentet (siehe § 1 Absatz 4e) oder ausgezahlt. Diese Rentenerhöhung erreicht mindestens 85 % des Betrages, der sich ergibt, wenn wir bei ihrer Ermittlung die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung wie bei Vertragsbeginn zugrunde legen. Liefern die Annahmen zur künftigen Lebenserwartung, die wir bei Beginn der Rentenzahlung für neu abzuschließende gleichartige Rentenversicherungen zugrunde legen, eine größere Rentenerhöhung, so gilt für Ihren Vertrag diese größere Rentenerhöhung.

(8) Wann kann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig werden?

- a) Bei vollständiger Inanspruchnahme des für die Rente verfügbaren Anlagevermögens, bei vorherigem Tod der versicherten Person sowie bei einer Kündigung mit vollständiger Auszahlung des Auszahlungsbetrags (§ 18 Abs. 2) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallende Teilbetrag wird verrentet (siehe § 1 Absatz 4e) oder ausgezahlt. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven wird aber nur fällig, sofern Teile des Anlagevermögens in unserem sonstigen Sicherungsvermögen vorhanden sind oder waren. Voraussetzung ist ferner, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Während der Rentenbezugs wird unter den gleichen Voraussetzungen am Ende eines jeden Versicherungsjahres eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig. Den auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Teilbetrag verwenden wir zur Bildung einer zusätzlichen Rentenerhöhung gemäß Absatz 6a).

- b) Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (siehe Absatz 7) vor dem Rentenbeginn für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihren Versicherungsvertrag ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

(9) 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 Rentenbeginn ist dabei die Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Sofern nicht fondsgebundenes Anlagevermögen vorhanden ist sowie nach Rentenbeginn treten die Erträge aus dem sonstigen Sicherungsvermögen hinzu. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

§ 3 Können Sie den Rentenbeginn flexibel gestalten?

- (1) Sie können verlangen, dass der Beginn der Rentenzahlung auf einen Monatsersten innerhalb der sogenannten Verfügungsphase Ihres Versicherungsvertrags vorverlegt wird. Bei einer Vorverlegung des Rentenbeginns wird der vereinbarte Rentenfaktor herabgesetzt. Die Verfügungsphase beginnt zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der auf den Ablauf der Beitragszahlungsdauer folgt. Sie beginnt jedoch frühestens nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres. Auf jeden Fall können Sie ab dem Zeitpunkt, an dem die restliche Dauer bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung noch fünf Jahre beträgt, verlangen, dass der Rentenbeginn unter Herabsetzung des vereinbarten Rentenfaktors auf einen Monatsersten vorverlegt wird. Sofern in diesem Fall der Rentenbeginn vor dem Beginn der Verfügungsphase liegt, wird von dem für die Bildung der Rente vorhandenen Anlagevermögen ein Abzug in Höhe des Abzugs bei Kündigung (siehe § 18 Abs. 4) einbehalten.
- (2) Sofern vor Beginn der Rentenzahlung für den Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer oder infolge vorzeitiger Beitragsfreistellung (siehe § 19) keine Beiträge mehr zu zahlen sind – jedoch frühestens zwei Jahre nach Vertragsbeginn und höchstens 20 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn –, können Sie verlangen, dass wir bis zum Zeitpunkt des vereinbarten Beginns der (lebenslangen) Rente (siehe § 1 Abs. 1) eine monatliche Zeitrente in gleich bleibender Höhe zahlen. Die Zeitrente erbringen wir zunächst nur aus dem nicht fondsgebundenen Guthaben Ihres Vertrags. Ist dieses aufgebraucht, erfolgt die Zahlung aus dem Fondsguthaben. Den Anteil des nicht fondsgebundenen Guthabens können Sie durch eine Umschichtung von Fondsguthaben gemäß § 15 Abs. 2 auch kurz vor Beginn der Zeitrentenzahlung noch erhöhen oder vermindern. Die Zeitrente zahlen wir unabhängig von Tod oder Leben der versicherten Person. Aus dem bei Ablauf der Zeitrente noch vorhandenen Anlagevermögen bilden wir die lebenslange Rente gemäß § 1 Abs. 1, sofern die versicherte Person den hierfür vereinbarten Beginn erlebt. Die Zeitrentenzahlung ist nicht möglich bzw. endet vorzeitig, wenn das Anlagevermögen Ihres Vertrages 1.500 € unterschreitet, etwa infolge der bereits erbrachten Zeitrenten, einer von Ihnen gewünschter (lebenslangen) (Teil-)Rente (§ 1 Abs. 1), deren Kapitalabfindung (§ 1 Abs. 6) oder wenn Sie den Vertrag kündigen (§ 18 Abs. 1).
- (3) Sofern die bei Vertragsbeginn vereinbarte Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung mindestens zwölf Jahre beträgt und bei ihrem Ablauf die versicherte Person mindestens 62 Jahre alt ist bzw. sein wird, können Sie

bis zu einem Monat vor dem vereinbarten Rentenbeginn einmalig verlangen, dass die Dauer bis zum vereinbarten Rentenbeginn um bis zu zehn Jahre verlängert wird – höchstens bis zum Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet – (Verlängerungsphase), insbesondere um die Auszahlungsmöglichkeit gemäß Absatz 2 nutzen bzw. über einen längeren Zeitraum nutzen zu können. Dabei kann jedoch eine Verkürzung der bisher vereinbarten Rentengarantiezeit (siehe § 1 Abs. 1) erforderlich werden. Eine Verlängerung der Beitragszahlungsdauer ist bei Nutzung der Auszahlungsmöglichkeit gemäß Absatz 2 nicht möglich. Eine Berufsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts-, oder Versorger-Zusatzversicherung können generell nicht verlängert werden.

- (4) Basis für die Ermittlung der Rente sind die Rechnungsgrundlagen bei Vertragsabschluss, das erreichte Alter der versicherten Person, der für den vorverlegten oder verschobenen Rentenbeginn maßgebende Rentenfaktor und das Anlagevermögen, das zum Rentenbeginnstermin vorhanden ist (siehe § 1 Abs. 4b). Die Rente muss die Mindestrente von jährlich 300 € bzw. – bei unterjährlicher Rentenzahlung – die Mindest-Rentenrate von 25 € erreichen.
- (5) Mit Beginn der vorverlegten Rentenzahlung gemäß Absatz 1 entfällt die Beitragszahlungspflicht, sofern der Versicherungsvertrag noch beitragspflichtig ist. Zudem entfallen künftige Teilrententermine. Gleichzeitig erlischt eine etwa eingeschlossene Versorger-Zusatzversicherung oder eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Ansprüche aus einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die bereits vor einem vorverlegten Rentenbeginn entstanden sind, bleiben unberührt. Eine etwa eingeschlossene Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung kann fortgesetzt werden, auch wenn der Beginn der Rentenzahlung innerhalb der Verfügungsphase vorverlegt wurde oder die Rentenversicherung innerhalb der Verfügungsphase durch vollständige Kapitalabfindung beendet wurde. Eine eventuell eingeschlossene Options-Zusatzversicherung auf späteren Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wird beitragsfrei fortgesetzt.
- (6) Anstelle einer Rentenzahlung gemäß Absatz 1 oder 3 können Sie eine einmalige Kapitalabfindung beantragen. Ihr Kapitalwahlrecht können Sie mit Frist von einem Monat für einen Zeitpunkt der Verfügungs- bzw. Verlängerungsphase ausüben. Als Kapitalabfindung zahlen wir das zum von Ihnen gewählten Termin vorhandene Anlagevermögen. § 1 Abs. 9 sowie § 14 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend. Mit der Kapitalabfindung endet der Versicherungsvertrag, sofern keine laufenden Teilrenten bestehen.
- (7) Bei Inanspruchnahme der Rente gemäß Absatz 1 kann das zum gewählten Rentenbeginn vorhandene Anlagevermögen wahlweise insgesamt oder – auch mehrfach – teilweise verrentet werden, sofern hierfür die in Absatz 4 genannte Mindestrente erreicht und gleichzeitig der übrig bleibende Teil des Anlagevermögens einen Wert von mindestens 1.000 € aufweist. Unter Berücksichtigung der in der weiteren Laufzeit monatlich anfallenden Beträge zur Deckung unserer Kosten wird dieser Teil des Anlagevermögens – sofern fondsgebunden – in Anteilseinheiten weitergeführt bzw. – sofern nicht fondsgebunden – weiter verzinst. Aus dem hieraus resultierenden Anlagevermögen wird danach, spätestens für den Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, eine weitere Rente gebildet. Auch in diesem Fall können Sie mit Frist von einem Monat für einen Zeitpunkt der Verfügungs- bzw. Verlängerungsphase anstelle der weiteren Rente eine Kapitalabfindung in Höhe des zum Termin der Kapitalabfindung vorhandenen Anlagevermögens wählen. § 1 Abs. 9 sowie § 14 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 11 Abs. 2 und § 12).

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

- (1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person sowie die Auskunft nach § 17 vorgelegt werden.
- (2) Vor jeder Rentenzahlung oder Kapitalabfindung 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 (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden.
- (4) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht.
- (5) 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 4 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.
- (6) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr. Bei Leistungen in Wertpapieren hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Bei einer Übertragung von Wertpapieren in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 6 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir übermitteln Ihnen den Versicherungsschein in Papierform. Damit liegt dann eine Urkunde vor.
- (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.

§ 7 Wer erhält die Leistung?

(1) Leistungsempfänger

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

(2) Bezugsberechtigung

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 jeweili-

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

(3) Abtretung und Verpfändung

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

(4) Anzeige

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.
- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständige Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- (4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
 - vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen,
 - den Vertrag ändern oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das 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 (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versiche-

nungsschutz) – 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 folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht 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.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 18 Absätze 3 bis 5; die Regelung des § 18 Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt nicht. Die Rückzahlung der 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.
- (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 nach Maßgabe des § 19 in einen beitragsfreien Vertrag um.

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 Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 11 Absatz 2) Vertragsbestandteil.
- (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
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder 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 oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Ferner verzichten wir auf unser Rücktritts-, Kündigungs- und Vertragsänderungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben

nicht schuldhaft gemacht worden sind. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn uns bei Schließung des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen und der versicherten Person nicht bekannt war. In diesen Fällen wird der Vertrag unverändert fortgeführt.

- (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 Vertragsschluss 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 worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrages

- (18) Die Absätze 1 bis 17 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 Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir 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.

§ 9 Sie wollen eine Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden Renten?

Nach Zahlungsbeginn einer in Anspruch genommenen vorgezogenen Teilrente sowie der Rente können Sie während der Garantiezeit der jeweiligen Rente (siehe § 1 Abs. 1) die Auszahlung der mit jährlich 0,9 % (bei Erhöhungsversicherungen gemäß § 13 mit dem ggf. abweichenden Rechnungszins) auf den Auszahlungstermin diskontierten, bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Renten – ganz oder teilweise – beantragen. Bei einer teilweisen Abfindung muss die verbleibende Rente einen jährlichen Mindestbetrag von 300 € erreichen. Auf Antrag des Anspruchsberechtigten bilden wir aus dem Abfindungsbetrag eine sofort beginnende Rentenversicherung auf sein Leben, sofern die Rente einen jährlichen Mindestbetrag von

300 € erreicht. Bei der Berechnung dieser Rente werden wir den Rechnungszins sowie die Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir bei Beginn dieser Rentenzahlung bei neu abzuschließenden Rentenversicherungen ansetzen. Die Renten, die nach Ablauf der Rentengarantiezeit fällig werden, werden durch die Abfindung in ihrer garantierten Höhe nicht berührt. Die Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Renten kann vom Anspruchsberechtigten auch noch nach dem Tod der versicherten Person beantragt werden.

§ 10 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

(1) Aufteilung der Anlagebeiträge

Von Ihren fälligen Beiträgen für die Rentenversicherung nach Tarif VAN behalten wir die zur Deckung unserer Kosten vorgesehenen Beträge ein. Wir führen Ihren fälligen Beitrag zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode (siehe § 11 Abs. 2), soweit er nicht zur Deckung der Kosten des ersten Monats dieser Versicherungsperiode vorgesehen ist, entsprechend der von Ihnen gewünschten prozentualen Aufteilung der Anlagebeiträge dem fondsgebundenen und nicht fondsgebundenen Guthaben Ihrer Versicherung zu. Den für das Fondsguthaben bestimmten Teil aus der Aufteilung der Anlagebeiträge führen wir den Anlagestöcken (siehe § 1 Abs. 2) zu. Diesen fondsgebundenen Anlagebeitrag rechnen wir entsprechend der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung für das fondsgebundene Anlagesplitting (Fonds-Anlagesplitting, siehe § 16) unter Zugrundelegung der am Stichtag des Vormonats festgestellten Werte der Anteilseinheiten (siehe § 14 Abs. 1) in Anteilseinheiten der zugehörigen Anlagestöcke um. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. § 17 bleibt unberührt.

(2) Kostenentnahme in Monaten ohne Beitragszahlung

Zu Beginn eines jeden Monats vor Beginn der Rentenzahlung, zu dem keine Beitragszahlung fällig ist (Zeiten zwischen zwei Beitragsfälligkeiten im Falle nicht-monatlicher Beitragszahlung, bei beitragsfreien Versicherungen, bei durch Sonderzahlungen entstandenen Vertragsteilen) entnehmen wir die Beträge, die zur Deckung unserer Kosten erforderlich sind, zu einem Teil der Sicherheitsreserve und zu einem Teil dem Fondsguthaben. Die Entnahme der Kosten aus diesen beiden Guthabenteilen erfolgt zunächst gemäß der prozentualen Aufteilung der Anlagebeiträge (siehe Absatz 1). Nach einer Umschichtung von Fondsguthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben oder umgekehrt (§ 15 Abs. 2, 3) wird das Entnahmeverhältnis für die Kosten entsprechend angepasst. Eine ungünstige Entwicklung der Werte der Anlagestöcke kann dazu führen, dass das Fondsguthaben eines Vertragsteils (Grundversicherung, Erhöhungsversicherungen, Sonderzahlungen) vor Beginn der Rentenzahlung aufgebraucht ist. Der Versicherungsschutz erlischt damit für den jeweiligen fondsgebundenen Teil des betroffenen Vertragsteils. Der nicht fondsgebundene Vertragsteil bleibt weiter bestehen. Ist das Vertragsguthaben vollständig in Fonds investiert, wird der komplette Vertrag ohne weitere Ansprüche beendet, sofern das Fondsguthaben aller Vertragsteile aufgebraucht ist.

§ 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsweise

Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, oder jährlich zahlen.

(2) Beitragsfälligkeit

Den ersten Beitrag (Erstbeitrag) müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss

des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr bzw. ein Jahr.

(3) Dauer der Beitragszahlung

Die Beiträge sind bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Ist die letzte Versicherungsperiode verkürzt, erheben wir den letzten Beitrag nur anteilig. Beiträge sind längstens bis zum Schluss der Versicherungsperiode zu zahlen, in der die versicherte Person stirbt.

(4) Übermittlung des Beitrags

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

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

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

Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

(5) Verrechnung von Beitragsrückständen

Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(6) Stundung von Teilbeiträgen

Bestehen bei Ihnen kurzfristige Zahlungsschwierigkeiten, prüfen wir auf Ihren Antrag hin, ob eine teilweise Beitragsstundung durch eine vorübergehende Reduzierung der laufenden Beiträge möglich ist. Ergibt sich aus der Prüfung, dass eine Beitragsstundung in dieser Form möglich ist, halten wir dies in einer schriftlichen Vereinbarung mit Ihnen fest. Werden die gestundeten Beiträge – einschließlich Stundungszinsen – nicht nachgezahlt, können wir sie stattdessen dem Anlagevermögen entnehmen. Bei Fälligkeit einer Leistung während des Stundungszeitraums werden die gestundeten Beiträge einschließlich Stundungszinsen verrechnet.

(7) Beitragsstundung bei Arbeitslosigkeit, Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst

Sie haben das Recht, Ihre Beitragszahlung für 18 Monate ohne Unterbrechung auszusetzen (Beitragsstundung), sofern Sie als Versicherungsnehmer

- bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind bzw. durch eine Umschulung oder Arbeitsbeschaffungsmaßnahme der Bundesagentur gefördert werden (laut Bescheinigung der zuständigen Arbeitsagentur) oder
- einen Bundesfreiwilligendienst ausüben (laut Bescheinigung des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Angelegenheiten) oder
- einen Jugendfreiwilligendienst (freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr) ausüben (laut Bescheinigung des zugelassenen Trägers).

Falls Sie die Beitragsstundung bei Arbeitslosigkeit länger als neun Monate in Anspruch nehmen möchten, ist uns von Ihnen eine erneute Bescheinigung der zuständigen Agentur vorzulegen. Sie können Ihr Recht auf Beitragsstundung bei Arbeitslosigkeit auch mehrmals bis zu einer Gesamtdauer von 27 Monaten ausüben. Sofern bereits Beiträge aufgrund dieses Rechts oder einer anderen von Ihnen beantragten Vertragsänderung ausgeglichen wurden, sind jedoch vor einer nochmaligen Beitragsstundung Beiträge für mindestens sechs Monate zu zahlen.

(8) Beitragsstundung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit

Sie haben das Recht, Ihre Beitragszahlung für 24 Monate ohne Unterbrechung auszusetzen (Beitragsstundung), sofern Sie als Versicherungsnehmer sich im Mutterschutz befinden oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nehmen (laut Bescheinigung des Arbeitgebers).

(9) Voraussetzung für die Beitragsstundung gemäß Abs. 7 und 8

Voraussetzung für die Beitragsstundung gemäß Abs. 7 und 8 ist, dass

- der anfängliche Beitrag für ein Jahr höchstens 7.200 € beträgt und Sie bereits Beiträge zu Ihrer Versicherung für mindestens ein Jahr gezahlt haben und
- keine anderweitige Beitragsstundung vereinbart ist und
- kein Policendarlehen besteht.

(10) Rahmenbedingungen für die Beitragsstundung gemäß Abs. 7 und 8

Für die Beitragsstundung gemäß Abs. 7 und 8 werden keine Stundungszinsen berechnet.

Für den Fall, dass eine andere Person für Sie die Beitragszahlung übernommen hat, haben Sie dieses Recht auf Beitragsstundung auch dann, wenn der Beitragszahler als arbeitslos gemeldet ist, einen Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst ausübt, sich in Mutterschutz befindet oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nimmt.

Als Beginn der Beitragsstundung gilt der ursprüngliche Fälligkeitstermin des ersten nicht gezahlten Beitrags.

Während der Dauer der Beitragsstundung wird der Vertrag unverändert fortgeführt; insbesondere bleibt während dieser Zeit Ihr voller Versicherungsschutz erhalten. Erhöhungen der Beiträge und Versicherungsleistungen nach dem Dynamikplan sind während dieses Zeitraums aber nicht möglich; Ihr grundsätzliches Recht auf weitere Dynamikerhöhungen nach Wiederaufnahme der Beitragszahlung bleibt jedoch weiter bestehen.

Bei Fälligkeit oder Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung während des Stundungszeitraums wird diese um die gestundeten Beiträge gekürzt. Bei Ablauf der Stundung werden die gestundeten Beiträge insgesamt fällig. Wenn nicht die Nachzahlung der Beiträge vereinbart ist, werden wir die gestundeten Beiträge dem Anlagevermögen Ihrer Versicherung entnehmen.

Zu Beginn der Beitragsstundung werden die näheren Einzelheiten hierzu in einer schriftlichen Vereinbarung mit uns geregelt.

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

Erstbeitrag

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

Folgebeitrag

- (3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (4) 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.
- (5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.
- (6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur
 - innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder,
 - wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.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.

§ 13 Können Sie die Leistungen durch Sonderzahlungen oder durch eine Aufstockung des laufenden Beitrags erhöhen?

- (1) Sie haben das Recht, Ihre vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen der Rentenversicherung durch eine oder mehrere Sonderzahlungen in Höhe von jeweils mindestens 500 € zu erhöhen. Voraussetzung ist, dass wir den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Tarif auch im Zeitpunkt Ihrer künftigen Sonderzahlung noch für neue Versicherungsverträge anbieten. Die Leistungsanpassung erfolgt grundsätzlich – soweit tariflich und aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihres bestehenden Vertrags. In diesem Fall bilden

wir aus einer Sonderzahlung eine Erhöhungsversicherung entsprechend dem Tarif der Grundversicherung (ohne Teilrententermine und ohne eventuelle Zusatzversicherungen), deren Dauer bis zum Rentenbeginn mit der restlichen Dauer bis zum vereinbarten Rentenbeginn der Grundversicherung übereinstimmt. Bei einer Sonderzahlung muss diese Dauer mindestens ein Jahr betragen. Ferner besteht für die Erhöhungsversicherung die gleiche Verfügungsphase wie bei der Grundversicherung (siehe § 3). Die Aufteilung des Anlagebeitrags in einen fondsgebundenen und / oder nicht fondsgebundenen Anteil bzw. das Fonds-Anlagesplitting nehmen wir entsprechend Ihrer Festlegung gemäß §§ 10 bzw. 15 und 16 vor.

Die Leistungen aus der Erhöhungsversicherung ergeben sich aus Ihrem am Erhöhungstermin erreichten Alter sowie der restlichen Dauer bis zum Rentenbeginn. Bei der Berechnung der Versicherungsleistungen der Erhöhungsversicherungen, insbesondere bei der Berechnung der garantierten Rente je 10.000 € des Anlagevermögens (Rentenfaktor), werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung und zum Rechnungszins zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden gleichartigen Rentenversicherungen ansetzen. Mit der Erhöhungsversicherung sind entsprechende Kosten verbunden, wie sie § 20 vorsieht.

Auf Ihren Wunsch hin oder sofern die Leistungsanpassung innerhalb Ihres bestehenden Vertrags nicht möglich ist, erfolgt sie durch Abschluss eines zusätzlichen Vertrags (ohne eventuelle Zusatzversicherungen).

- (2) Ferner haben Sie das Recht, den vertraglich vereinbarten Beitrag für diese Versicherung einschließlich einer mit abgeschlossenen Versicherung der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit aus der Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (Tarifbestandteil I) – bzw. einschließlich einer mit abgeschlossenen Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (Tarifbestandteil K) vorbehaltlich des Ergebnisses erneuter Gesundheitsprüfungen und vorbehaltlich des erreichten Alters der versicherten Person(en) – zu erhöhen (Aufstockung). Voraussetzung ist, dass wir den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Tarif auch im Zeitpunkt der Aufstockung noch für neue Versicherungsverträge anbieten. Die Aufstockung erfolgt grundsätzlich – soweit tariflich und aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihres bestehenden Vertrags. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie der Beitrag. Der zusätzliche Beitrag wird für eine Erhöhungsversicherung – ohne Teilrententermine – verwendet, bei der die Dauer bis zum vereinbarten Rentenbeginn und Beitragszahlungsdauer mit der restlichen Dauer bis zum Rentenbeginn und der restlichen Beitragszahlungsdauer der Grundversicherung übereinstimmen. Für die Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen sind § 3 und § 4 Abs. 1 der „Besonderen Bedingungen für die – Rentenversicherung nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan“ (DYNB VAN KIV) maßgebend. Bei der Berechnung der garantierten Rente je 10.000 € des Anlagevermögens (Rentenfaktor) werden wir abweichend von den DYNB VAN KIV jedoch die gleichen Annahmen zum Rechnungszins zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden gleichartigen Rentenversicherungen ansetzen. Mit der Erhöhungsversicherung sind entsprechende Kosten verbunden, wie sie § 20 für die Grundversicherung vorsieht.

Darüber hinaus gilt: Der Aufstockungsbeitrag wird bei künftigen Erhöhungen nach dem Dynamikplan bei der Bezugsgröße für die Erhöhung (Beitrag des Vorjahres, § 1 Abs. 1 DYNB VAN KIV) nicht berücksichtigt.

Auf Ihren Wunsch hin oder sofern die Aufstockung innerhalb Ihres bestehenden Vertrags nicht möglich ist, erfolgt sie durch Abschluss eines zusätzlichen Vertrags.

§ 14 Wie berechnet sich der Wert der auf das Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrags entfallenden Anteileinheiten?

- (1) Der Wert einer Anteileinheit pro Anlagestock richtet sich nach der Wertentwicklung des entsprechenden Anlagestocks. Den Wert einer Anteileinheit ermitteln wir dadurch, dass der gesamte Geldwert des Anlagestocks am Stichtag eines Monats durch die Zahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Anteileinheiten des Anlagestocks geteilt wird. Als Stichtag gilt der letzte Börsentag des entsprechenden Monats. Investmentfondsanteile werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt.
- (2) Die von den Fondsgesellschaften ausgeschütteten Erträge aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten fließen unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu und ergeben damit zusätzliche Anteileinheiten. Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Anteileinheiten.
- (3) Den Geldwert des Fondsguthabens Ihres Vertrags ermitteln wir dadurch, dass die jeweilige Zahl der hierauf entfallenden Anteileinheiten mit dem am Stichtag des Vormonats ermittelten Wert einer Anteileinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird; § 16 Abs. 2 Satz 4 bleibt unberührt.
- (4) Endet Ihr Vertrag – abgesehen von evtl. bereits laufenden Teilrenten – durch Kapitalabfindung oder Kündigung, legen wir zur Ermittlung des Geldwertes des Fondsguthabens den Stichtag des letzten Versicherungsmonats zugrunde. Endet der Vertrag durch Tod der versicherten Person, wird der Stichtag des Monats herangezogen, der dem Todesfall vorangegangen ist.
- (5) Wenn der Anspruchsberechtigte von uns Geldleistungen erhält (siehe § 1 Abs. 4 bis 9), behalten wir uns vor, den Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Stichtag für die Berechnungen des Geldwertes des Fondsguthabens in Abs. 3 und 4 keine Anwendung.
- (6) Sie erhalten von uns jährlich eine Mitteilung, der Sie – neben dem Wert des nicht fondsgebundenen Guthabens – den Wert der Anteileinheiten sowie den Wert des Fondsguthabens entnehmen können; der Wert des Fondsguthabens wird in Anteileinheiten und als (Geld-)Betrag aufgeführt. Auf Wunsch geben wir Ihnen den Wert Ihrer Versicherung jederzeit an.

§ 15 Können Sie die Aufteilung der Anlagebeiträge auf fondsgebundenes und nicht fondsgebundenes Guthaben ändern oder Guthaben umschichten? Was bedeutet das Fonds-Einstiegsmanagement oder Fonds-Ausstiegsmanagement?

(1) Änderung der Aufteilung der Anlagebeiträge

Zu jeder Beitragsfälligkeit können Sie grundsätzlich die prozentuale Aufteilung der künftigen Anlagebeiträge auf das fondsgebundene und nicht fondsgebundene Guthaben Ihrer Versicherung ändern. Für die Aufteilung sind alle ganzzahligen Prozentsätze zulässig. Sie können auch bestimmen, dass die künftigen Anlagebeiträge komplett nicht fondsgebunden oder komplett fondsgebunden angelegt werden.

(2) Umschichtung von Guthaben

Darüber hinaus können Sie grundsätzlich jederzeit Fondsguthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben

oder umgekehrt umschichten. Bei der Umschichtung von nicht fondsgebundenem Guthaben in fondsgebundenes Guthaben wird der Betrag dem nicht fondsgebundenen Guthaben entnommen und in Anteileinheiten der von Ihnen bestimmten Anlagestöcke – soweit und solange hierfür Fondsanteile zur Verfügung stehen – umgerechnet. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Für die Festlegung der Fonds und deren Anzahl gelten die Vereinbarungen wie bei einem Fondswechsel (siehe § 16 Abs. 2 und 4). Bei der Umschichtung von fondsgebundenem Guthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben wird der Geldwert des Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung den Anlagestöcken entnommen und dem nicht fondsgebundenen Guthaben zugeführt. Sowohl bei der Ermittlung des Geldwertes des umzuschichtenden Fondsguthabens als auch bei der Ermittlung der Anzahl der Anteileinheiten der Anlagestöcke legen wir abweichend von § 14 Abs. 1 und 3 als Stichtag grundsätzlich den von Ihnen gewünschten Termin für die Umschichtung, jedoch frühestens den zweiten Börsentag, der auf den Eingang Ihres Antrags auf Guthabenumschichtung bei uns, der AachenMünchener Lebensversicherung AG, folgt, zugrunde. Bei einer Guthabenumschichtung bleiben die Daten zu Ihrer Versicherung (Beginn, vereinbarter Ablauf der Beitragszahlung und Rentenbeginn, Beitrag) unverändert. Wir behalten uns jedoch vor, eine Umschichtung aus dem Fondsguthaben erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. § 17 bleibt unberührt.

(3) Fonds-Einstiegsmanagement oder Fonds-Ausstiegsmanagement

- a) Vor dem Beginn der vereinbarten Rentenzahlung und frühestens nach Ablauf eines Monats nach dem Versicherungsbeginn können Sie für Ihren Vertrag das Fonds-Einstiegsmanagement oder das Fonds-Ausstiegsmanagement in Anspruch nehmen. Dabei wird nach dem in den Absätzen 3b und 3c beschriebenen Verfahren nach Ihrer Auswahl entweder nicht fondsgebundenes Guthaben in Fondsguthaben (Fonds-Einstiegsmanagement – Absatz 3b) oder umgekehrt Fondsguthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben (Fonds-Ausstiegsmanagement – Absatz 3c) monatlich umgeschichtet. Dies erfolgt während des von Ihnen festgelegten Zeitraums, der mindestens zwölf und längstens 60 Monate beträgt. Geht Ihr Antrag auf Einrichtung des Fonds-Einstiegsmanagements oder Fonds-Ausstiegsmanagements spätestens zwei Tage vor dem Stichtag (letzter Börsentag) eines Monats bei uns ein, werden wir zum unmittelbar folgenden Monatsbeginn mit dem Umschichten nach Ihren Vorgaben beginnen, ansonsten erst zum darauf folgenden Monatsbeginn. Bei der Einrichtung des Fonds-Einstiegsmanagements oder Fonds-Ausstiegsmanagements muss das für die Umschichtung zur Verfügung stehende Guthaben mindestens 2.500 € betragen. Durch Umschichtung von Guthaben (Absatz 2), Fondswechsel (siehe § 16) oder Entnahme von Teilkapitalabfindungen (siehe § 1 Abs. 1) kann das Fonds-Einstiegsmanagement bzw. Fonds-Ausstiegsmanagement schon vor dem Ablauf des von Ihnen festgelegten Zeitraums enden.
- b) Wenn nicht fondsgebundenes Guthaben in Fondsguthaben umgeschichtet werden soll (Fonds-Einstiegsmanagement), bestimmen Sie von dem hierfür zur Verfügung stehenden nicht fondsgebundenen Guthaben einen Geldbetrag. Bei der Einrichtung des vereinbarten Fonds-Einstiegsmanagements teilen wir den von Ihnen bestimmten Geldbetrag Ihres nicht fondsgebundenen Guthabens durch die Anzahl der Monate des von Ihnen für das Fonds-Einstiegsmanagement festgelegten Zeitraums und ermitteln so den monatlich umzuschichtenden Betrag. Diesen monatlichen Betrag entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats während des von Ihnen für das Fonds-Einstiegsmanagement festgelegten Zeit-

raums dem nicht fondsgebundenen Guthaben und schichten ihn in Fondsguthaben um. Den monatlich umzuschichtenden Betrag rechnen wir entsprechend der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung auf die von Ihnen gewählten Investmentfonds in Anteileinheiten der zugehörigen Anlagestöcke um. Dabei legen wir die am Stichtag des Vormonats festgestellten Werte der Anteileinheiten zu Grunde. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Stichtag ist jeweils der letzte Börsentag des Vormonats. So verfahren wir bis zum Ablauf des von Ihnen festgelegten Zeitraums, längstens jedoch solange und soweit die von Ihnen gewählten Investmentfonds von uns angeboten werden und hierfür Fondsanteile zur Verfügung stehen. Für die Festlegung der Fonds und deren Anzahl gelten die Vereinbarungen wie bei einem Fondswechsel (siehe § 16 Abs. 2 und 4). § 17 bleibt unberührt. Über das Risiko bei fondsgebundenem Anlagevermögen informieren wir Sie in § 1 Abs. 3.

- c) Wenn Fondsguthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben umgeschichtet werden soll (Fonds-Ausstiegsmanagement), bestimmen Sie von dem hierfür zur Verfügung stehenden Fondsguthaben eine Anzahl der Anteileinheiten des/der von Ihnen dafür bezeichneten Fonds. Bei der Einrichtung des vereinbarten Fonds-Ausstiegsmanagements teilen wir die von Ihnen bestimmte Anzahl der Anteileinheiten des/der betreffenden Fonds durch die Anzahl der Monate des von Ihnen für das Fonds-Ausstiegsmanagements festgelegten Zeitraums. So ermitteln wir die monatlich umzuschichtende Anzahl von Anteileinheiten pro Fonds, für den/die das Fonds-Ausstiegsmanagement durchgeführt wird (im Folgenden als der/die Ursprungsfonds bezeichnet). Diese monatliche Anzahl von Anteileinheiten entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats während des von Ihnen für das Fonds-Ausstiegsmanagement festgelegten Zeitraums dem Anlagestock des/der Ursprungsfonds und schichten den auf die entnommenen Anteileinheiten entfallenden Geldwert in das nicht fondsgebundene Guthaben um. Stichtag für die Ermittlung des auf die entnommenen Anteileinheiten entfallenden Geldwerts ist jeweils der letzte Börsentag des Vormonats. Aufgrund der Kursentwicklung der Fonds ergibt sich bei regelmäßig gleicher Anzahl von Anteileinheiten für jeden Monat ein anderer Geldwert, der in das nicht fondsgebundene Guthaben umgeschichtet wird. Deshalb wird die Summe der monatlich übertragenen Geldwerte von dem zum Stichtag ermittelten Gegenwert der Anteileinheiten bei der Einrichtung des vereinbarten Fonds-Ausstiegsmanagements abweichen. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerung der Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Über das Risiko bei fondsgebundenem Anlagevermögen informieren wir Sie in § 1 Abs. 3. In jedem Fall behalten wir uns jedoch vor, den auf Anteileinheiten entfallenden Geldwert erst dann zu ermitteln und eine Umschichtung in das nicht fondsgebundene Guthaben erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände des betreffenden Anlagestocks des jeweiligen Ursprungsfonds an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. § 17 bleibt unberührt.
- d) Das Fonds-Einstiegsmanagement bzw. Fonds-Ausstiegsmanagement können Sie abbrechen. Geht Ihr Antrag auf Beendigung des Fonds-Einstiegsmanagements bzw. Fonds-Ausstiegsmanagements zwei Tage vor dem Stichtag (letzter Börsentag) eines Monats bei uns ein, werden wir das Fonds-Einstiegsmanagement bzw. Fonds-Ausstiegsmanagement zum unmittelbar folgenden Monatsbeginn beenden, ansonsten erst zum darauf folgenden Monatsbeginn. Danach werden keine weiteren Umschichtungen gemäß Absatz 3b oder 3c mehr vorgenommen. Bis dahin durchgeführte Umschichtungen bleiben unberührt. Das Fonds-Einstiegsmanagement bzw. Fonds-Ausstiegsmanagement können Sie jederzeit zu einem späteren Zeitpunkt vor dem vereinbar-

ten Beginn der Rentenzahlung erneut in Anspruch nehmen.

- e) Fonds-Einstiegsmanagement (Absatz 3b) und Fonds-Ausstiegsmanagement (Absatz 3c) können nicht gleichzeitig in Anspruch genommen werden. Besteht bereits ein Fonds-Einstiegs- oder Ausstiegsmanagement, kann nicht parallel ein weiteres durchgeführt werden. Möchten Sie ein bestehendes Fonds-Einstiegsmanagement oder Fonds-Ausstiegsmanagement ändern, muss dies beendet und anschließend ein neues eingerichtet werden.

(4) Änderung der garantierten Leistung

Nach einer Änderung der Aufteilung der Anlagebeiträge sowie nach einer Umschichtung von Guthaben gemäß Absatz 1, 2 oder 3 ist das im Antrag bzw. Versicherungsschein für das nicht fondsgebundene Guthaben angegebene garantierte Kapital bei Rentenbeginn nicht mehr gültig.

(5) Kosten

Änderungen zur Aufteilung der Anlagebeiträge gemäß Absatz 1 werden kostenlos durchgeführt. Für jede Umschichtung von Guthaben gemäß Absatz 2 berechnen wir Kosten in Höhe von 0,25 % des Umschichtungsbeitrages. Umschichtungen im Rahmen des Fonds-Einstiegsmanagements bzw. Fonds-Ausstiegsmanagements gemäß Absatz 3 werden kostenlos durchgeführt. Allerdings sind wir berechtigt, für die Einrichtung und das Abbrechen des Fonds-Einstiegsmanagements bzw. Fonds-Ausstiegsmanagements Kosten in Rechnung zu stellen (siehe § 25).

§ 16 Können Sie die Aufteilung der fondsgebundenen Anlagebeträge (Fonds-Anlagesplittings) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel)?

(1) Änderung des Fonds-Anlagesplittings

Zu jeder Beitragsfälligkeit sowie zu jedem Zuteilungszeitpunkt von Überschussanteilen gemäß § 2 Abs. 4b können Sie grundsätzlich die prozentuale Aufteilung der künftigen fondsgebundenen Anlagebeiträge (siehe § 10 Abs. 1) und laufenden Überschussanteile (siehe § 2 Abs. 4b) auf die Investmentfonds – soweit und solange diese angeboten werden – ändern (Änderung des Fonds-Anlagesplittings = Switch). Die in Anteilseinheiten umzurechnenden fondsgebundenen Anlagebeiträge und Überschussanteile fassen wir unter dem Begriff fondsgebundene Anlagebeträge zusammen. Bei einer Änderung des Fonds-Anlagesplittings können Sie aus den zur Verfügung stehenden Fonds insgesamt bis zu zehn dieser Fonds wählen. Die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig fondsgebundene Anlagebeträge investiert werden oder in denen Fondsguthaben vorhanden ist, darf zu keinem Zeitpunkt mehr als zehn betragen. Sind im Rahmen einer Änderung des Fonds-Anlagesplittings mehr als zehn Fonds (vor und nach Änderung des Fonds-Anlagesplittings) beteiligt, muss deshalb vor oder gleichzeitig mit der Änderung des Fonds-Anlagesplittings ein Fondswechsel im Sinne von Absatz 2 durchgeführt werden. Ist ein Fondswechsel erst nach einem Beitragsfälligkeitstermin oder Zuteilungszeitpunkt von Überschussanteilen gewünscht oder – aufgrund des frühestmöglichen Termins gemäß Absatz 2 – möglich, wird die Änderung des Fonds-Anlagesplittings erst zur nächsten auf den Fondswechsel folgenden Beitragsfälligkeit oder Zuteilung von Überschussanteilen durchgeführt. Für das Fonds-Anlagesplitting sind alle ganzzahligen Prozentsätze, mindestens 10 % pro gewähltem Fonds, zulässig. § 17 bleibt unberührt.

(2) Fondswechsel

Darüber hinaus können Sie jederzeit die zugrunde zu liegenden Anlagestöcke für das fondsgebundene Gutha-

ben neu bestimmen. Dazu wird der Geldwert des Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu bestimmten Anlagestöcke – soweit und solange hierfür Fondsanteile zur Verfügung stehen – übertragen (Fondswechsel = Shift) und in Anteilseinheiten der neu bestimmten Anlagestöcke umgerechnet. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Sowohl bei der Ermittlung des Geldwertes des zu übertragenden Fondsguthabens als auch bei der Ermittlung der Anzahl der Anteilseinheiten des neu bestimmten Anlagestocks (der neu bestimmten Anlagestöcke) legen wir abweichend von § 14 Abs. 1 und 3 als Stichtag grundsätzlich den von Ihnen gewünschten Termin für den Fondswechsel, jedoch frühestens den zweiten Börsentag, der auf den Eingang Ihres Antrags auf Fondswechsel bei uns, der AachenMünchener Lebensversicherung AG, folgt, zugrunde. Bei einem Fondswechsel darf die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig fondsgebundene Anlagebeträge investiert werden oder in denen Fondsguthaben vorhanden ist, zu keinem Zeitpunkt mehr als insgesamt zehn betragen (Absatz 1). Die teilweise oder vollständige Übertragung von Fondsguthaben auf Anlagestöcke, die Ihrer Versicherung bereits zugrunde liegen, gilt ebenfalls als Fondswechsel. Bei einem Fondswechsel bleiben die Daten zu Ihrer Versicherung (Beginn, vereinbarter Ablauf der Beitragszahlung und Rentenbeginn, Beitrag) unverändert. Wir behalten uns jedoch vor, einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. § 17 bleibt unberührt.

(3) Keine Kosten für Änderungen des Fonds-Anlagesplittings und Fondswechsel

Änderungen des Fonds-Anlagesplittings sowie Fondswechsel werden kostenlos durchgeführt.

(4) Zusätzliche Fonds

Investmentfonds, die bei Vertragsabschluss noch nicht zur Auswahl standen, können auf Ihren Wunsch ebenfalls in das Fonds-Anlagesplitting oder in Fondswechsel einbezogen werden. Voraussetzung dabei ist, dass Ihnen diese Fonds für Ihren Vertrag zur Verfügung stehen und dass hierfür bei uns Anlagestöcke geführt werden. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die Sie Ihrem Vertrag zugrunde legen können, können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

(5) Gleichzeitige Änderungen

Änderungen des Fonds-Anlagesplittings sowie Fondswechsel können gleichzeitig mit einer Änderung der Aufteilung der Anlagebeiträge auf fondsgebundenes und nicht fondsgebundenes Guthaben bzw. Umschichtung von Guthaben gemäß § 15 Abs. 1 und 2 durchgeführt werden.

§ 17 Was geschieht, wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilen einstellt?

- (1) Beabsichtigt eine Fondsgesellschaft einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds zu schließen und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen eines Fonds auszusetzen oder endgültig einzustellen und kündigt sie dies rechtzeitig vorher an, werden wir Sie hierüber sowie über den geplanten Termin mindestens vier Wochen vorher schriftlich informieren. Gleichzeitig werden wir Sie bitten, einen Ersatzfonds für eine kostenlose Anpassung des Anlagesplittings und einen Fondswechsel im Sinne von § 16 Abs. 1 und 2 festzulegen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die für Ihren Vertrag in Frage kommen, ist bei uns jederzeit erhältlich. Erhal-

ten wir vor dem Termin, zu dem die Fondsgesellschaft die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilen aussetzt oder einstellt, von Ihnen keine Nachricht, werden wir gemäß untenstehendem Absatz 2 verfahren.

- (2) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen eines Fonds aussetzt oder endgültig einstellt, ohne dies vorher anzukündigen, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds nach billigem Ermessen durch einen möglichst gleichartigen, dem bisherigen Anlageprofil entsprechenden anderen Fonds zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall einer kurzfristigen Ankündigung, so dass eine vorherige Information nach Absatz 1 nicht mehr rechtzeitig möglich ist.
- (3) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds auflöst und mit einem anderen Fonds zusammenlegt (Fondsfusion), werden wir Sie hierüber schriftlich informieren. In diesem Fall gilt der aufnehmende Fonds als Ersatzfonds.
- (4) Die Ersetzung des Fonds gemäß Absatz 1, 2 oder 3 ist für Sie kostenlos. Der neue Fonds (Ersatzfonds) in Ihrem Vertrag wird sowohl für die Umrechnung künftiger fondsgebundener Anlagebeträge (Änderung des Fonds-Anlagesplittings) als auch für die notwendige Übertragung der Anteilseinheiten des Fondsguthabens des betroffenen Fonds (Fondswechsel) verwendet. Den Ersatzfonds und den Stichtag der Übertragung werden wir Ihnen schriftlich mitteilen.
- (5) Sie können stattdessen innerhalb von vier Wochen nach Erhalt unseres Schreibens kostenlos einen anderen Fondswechsel gemäß § 16 Abs. 2 sowie eine andere Anpassung des Fonds-Anlagesplittings gemäß § 16 Abs. 1 vornehmen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die für Ihren Vertrag in Frage kommen, ist bei uns jederzeit erhältlich.
- (6) Wir behalten uns in jedem Fall jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens des zu ersetzenden Fonds erst dann zu ermitteln und einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände des betreffenden Anlagestocks an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (7) Sofern und solange nach der Schließung eines Fonds oder der Einstellung der Ausgabe von Anteilen eines Fonds keine Änderung des Fonds-Anlagesplittings gemäß Absatz 1 oder 2 vorgenommen wurde, können wir die auf den betreffenden Fonds entfallenden fondsgebundenen Anlagebeträge gemäß § 16 Abs. 1 sowie evtl. Ertragsausschüttungen der Fondsgesellschaft gemäß § 14 Abs. 2 als nicht fondsgebundene Anlagebeiträge verwenden und dem nicht fondsgebundenen Anlagevermögen im Sinne von § 10 Abs. 1 zuführen.
- (8) Über sonstige Veränderungen bei den Investmentfonds, wie beispielsweise Änderungen des Fondsnamens, werden wir Sie im Rahmen unserer jährlichen Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung unterrichten.
- (9) Außer bei den in Absatz 1, 2 und 3 genannten Anlässen werden wir Fondswechsel auf unsere Initiative hin nicht durchführen.

§ 18 Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag ganz oder teilweise kündigen und welche Leistungen erbringen wir?

(1) Kündigung

Sie können Ihren Vertrag jederzeit in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) kündigen

- bei beitragspflichtigen Versicherungen zum Schluss einer Versicherungsperiode und
- bei beitragsfreien Versicherungen zum Schluss eines jeden Monats.

In Anspruch genommene lebenslange Teilrenten bleiben von einer Kündigung unberührt.

Nach dem Rentenzahlungsbeginn können Sie nicht mehr kündigen.

Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn der verbleibende Beitrag jährlich mindestens 300 € (Mindestbeitrag) beträgt. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(2) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung den

- Rückkaufswert (Absatz 3 und 5),
- vermindert um den Abzug (Absatz 4),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 6).

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen. Dieser verringert sich ferner um den noch nicht zurückgezahlten Darlehensbetrag bei einem evtl. Policendarlehen (siehe § 21).

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) der nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum maßgebenden Kündigungstermin gemäß Absatz 1 berechnete Zeitwert der Versicherung des Vertrages. Der Rückkaufswert entspricht mindestens jedoch dem Zeitwert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, jedoch höchstens auf die Zeit bis zum bei Vertragsabschluss vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 20 Abs. 2 Satz 4).

(4) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt 60 €. Für die Entnahme des Abzugs aus den einzelnen Guthaben (nicht fondsgebundenes Guthaben und (Teil-)Fondsguthaben) ist das Verhältnis ihrer Geldwerte maßgebend. Ab Beginn der Verfügungsphase erfolgt kein Abzug. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit diesem Abzug der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

(5) Herabsetzung des Rückkaufswertes im Ausnahmefall

Wir sind nach § 169 Absatz 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 ermittelten Wert, der auf das sonstige Sicherungsvermögen Ihres Vertrags entfällt, angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

(6) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 2 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- den Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteilen, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 5 berechneten Betrag enthalten sind,
- dem Schluss-Überschussanteil nach § 2 Abs. 7 und
- den Ihrem Vertrag gemäß § 2 Abs. 8 zuzuteilenden Bewertungsreserven, soweit bei Kündigung vorhanden.

(7) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung kann wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 20) nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 Satz 2 vorhanden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass der Rückkaufswert – soweit es sich beim Anlagevermögen um Fondsguthaben handelt – bei einer guten Fondsentwicklung höher sein wird als bei einer weniger guten Fondsentwicklung (siehe § 1 Abs. 3).

(8) Keine Rückkaufswertgarantie

Den Auszahlungsbetrag erbringen wir als Geldleistung oder – soweit es sich beim Anlagevermögen um Fondsguthaben handelt – in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagestöße. Die Bestimmungen in § 1 Abs. 9 sowie § 14 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend. Aufgrund der Abhängigkeit von der Wertentwicklung der Anlagestöße können wir einen Rückkaufswert nicht garantieren.

(9) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 19 Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

(1) Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

Anstelle einer Kündigung nach § 18 können Sie zu dem dort genannten Termin in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall ermitteln wir das Anlagevermögen zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung, vermindert um evtl. Beitragsrückstände, und entwickeln es unter Berücksichtigung der in der für die beitragsfreie Zeit erforderlichen Sicherheitsreserve und der dem Fondsguthaben zu entnehmenden Kosten bis zum Beginn der Rentenzahlung weiter. Das Anlagevermögen wird dabei – sofern fondsgebunden – in Anteilseinheiten weitergeführt bzw. – sofern nicht fondsgebunden – weiter verzinst. Für die Rentenzahlung und zum Kapitalwahlrecht gelten die Bestimmungen der beitragspflichtigen bzw. planmäßig beitragsfreien Versicherungen analog. Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings, dass das Anlagevermögen mindestens 1.000 € beträgt. Wird dieser Mindestbetrag nicht erreicht, erhalten Sie den Rückkaufswert (Absätze 3 bis 6).

(2) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 20) nur der Mindestwert entsprechend § 18 Abs. 3 Satz 2 zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der gezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Ferner ist zu berücksichtigen, dass beitragsfreie Versicherungsleistungen – soweit es sich beim Anlagevermögen um Fondsguthaben handelt – bei einer guten Fondsentwicklung höher sein werden als bei einer weniger guten Fondsentwicklung (siehe § 1 Abs. 3).

(3) Mindestbeitrag

Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn der verbleibende Beitrag jährlich mindestens 300 € beträgt.

(4) Wiederaufnahme der Beitragszahlung

Sie können innerhalb von 24 Monaten – bei einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeitsrente oder Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung innerhalb von sechs Monaten, jedoch bei vorheriger Beitragsstundung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit innerhalb von zwölf Monaten – nach Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung verlangen, dass die versicherten Leistungen bis zur Höhe des vor der Beitragsfreistellung maßgebenden Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung aufgestockt werden. Gleichzeitig muss die entsprechende Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Die näheren Einzelheiten hierzu, insbesondere zum Ausgleich des Beitragsrückstands, werden in einer schriftlichen Vereinbarung mit uns geregelt. Voraussetzung für die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Für eine evtl. eingeschlossene Berufsunfähigkeits- oder Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung bedeutet das, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt nicht berufsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. nicht invalide im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung ist.

§ 20 Wie werden die Kosten Ihres Versicherungsvertrags verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschlusskosten sowie übrige Kosten. Zu den 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. Die übrigen Kosten entfallen auf die laufende Verwaltung. Die Höhe der einkalkulierten Abschlusskosten sowie der übrigen Kosten (Verwaltungskosten) können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.
- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschlusskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beiträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden sind (siehe §§ 18 und 19).

§ 21 Sie wollen ein Policendarlehen?

Vor dem Rentenbeginn können Sie von uns ein zu verzinsendes Policendarlehen erhalten. Die maximale Höhe des Geldbetrags für das Policendarlehen richtet sich insbesondere nach dem erreichten Vertragswert. Einzelheiten zum Policendarlehen werden in dem Darlehensvertrag geregelt. Ein Rechtsanspruch auf ein Policendarlehen besteht jedoch nicht. Auf Wunsch informieren wir Sie über die aktuellen Vertragsbedingungen zum Darlehensvertrag.

§ 22 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, bitten wir Sie, uns eine im Inland ansässige Person zu benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 23 Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

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

§ 24 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung 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 Nachfrageunverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängersmaßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Details zu in Deutschland geltenden Steuerregelungen können Sie den Informationen für den Versicherungsnehmer entnehmen.
- (3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden.

Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

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

§ 25 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:
 - Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
 - Rückläufem im Lastschriftverfahren
 - Durchführung von Vertragsänderungen
 - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen
 - Anschriftermittlung
 - Ausstellung eines Ersatz-Versicherungsscheins
 - Versicherungsnehmerwechsel
 - Wiederinkraftsetzung
 - Einrichtung und Abbrechen des Fonds-Einstiegsmanagements oder Fonds-Ausstiegsmanagements (siehe § 15 Abs. 3)

§ 5 Abs. 4 und § 15 Abs. 5 bleiben unberührt.

Die Höhe der Kosten kann sich während der Vertragslaufzeit ändern. Eine Übersicht über die jeweils aktuellen Kosten können Sie bei uns anfordern.

- (2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

§ 26 Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?

Ihr Versicherungsvertrag unterliegt der Besteuerung und der Abgabenordnung des Staates, in dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Dies gilt auch im Falle Ihres Umzugs in einen anderen Staat nach Abschluss Ihres Versicherungsvertrags. Wir sind berechtigt, Ihnen als Schuldner etwa anfallende Steuern und Abgaben in vollem Umfang zu belasten.

§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Geschäftssitz in Aachen liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk er seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.
- (2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, ist das Gericht zu-

ständig, in dessen Bezirk er seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.

dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus

Anhang der AVB zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Versicherungsvertrags

Bei Ihrem Versicherungsvertrag handelt es sich um ein Produkt, bei dem die Erlebensfall-Leistung – soweit es sich beim Anlagevermögen um Fondsguthaben handelt – von der Wertentwicklung von Fonds abhängt und das nicht fondsgebundene Guthaben garantiert verzinst wird. Daneben übernehmen wir – je nach Vereinbarung – weitere Risiken, zum Beispiel im Rahmen von Zusatzversicherungen. Wir dürfen diese Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Beiträge und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen Versicherungsnehmern in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden.

Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrages stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der Versicherungsnehmer gewahrt werden.

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Bei der Berechnung des Auszahlungsbetrags nehmen wir den in den Versicherungsbedingungen vereinbarten Abzug vor. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil bei seiner Kalkulation folgende Umstände berücksichtigt werden:

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. In Form eines kalkulatorischen Ausgleichs wird sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch vorzeitige Vertragskündigungen, die ansons-

ten zu einer negativen Veränderung des kalkulatorischen Gleichgewichts führen würden, kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für Verwaltungsaufwand

Die Bearbeitung einer Kündigung ist für uns mit Verwaltungsaufwand verbunden, der nicht in den Kostenanteilen der von Ihnen gezahlten Beiträge berücksichtigt ist. Aus diesem Grund behalten wir bei Rückkauf vom Anlagevermögen einen pauschalen Abgeltungsbetrag für diese Verwaltungsaufwendungen ein.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch die Versicherungsnehmergemeinschaft zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Vorstehende Ausführungen gelten bei einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung neben dem Fall der Kündigung grundsätzlich auch bei Beitragsfreistellung.

Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herab gesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kinderinvaliditäts-Versicherung nach Tarif SKN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Leistung

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist Invalidität im Sinne dieser Bedingungen (Erwerbsunfähigkeit, Schulunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit)?	§ 2
Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 3
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 4
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 5
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 6
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 7
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 8
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 9
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 10
Was gilt für die Nachprüfung der Invalidität?	§ 11
Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?	§ 12
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Invalidität?	§ 13
Wer erhält die Leistung?	§ 14
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 15

Beitrag

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§ 16
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 17

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Vertrag ganz oder teilweise kündigen oder beitragsfrei stellen?	§ 18
Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	§ 19

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	§ 20
Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	§ 21
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 22
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 23
Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?	§ 24
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 25
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 26

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer invalide im Sinne von § 2 dieser Bedingungen (erwerbsunfähig oder schulunfähig oder pflegebedürftig), so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- Zahlung der versicherten Invaliditätsrente, und zwar monatlich im Voraus;
- volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

Die Versicherungsleistungen erbringen wir während der Dauer einer bedingungsgemäßen Invalidität, solange die versicherte Person lebt, die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht längstens jedoch bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer. Bestehen die Anspruchsvoraussetzungen beim Erreichen des rechnermäßigen Alters*) von 65 Jahren der versicherten Person, zahlen wir die Invaliditätsrente bis zum Tod der versicherten Person. Leistungen aus dieser Versicherung werden nur bei Eintritt der Invalidität während der Versicherungsdauer erbracht. Ansprüche, die durch Eintritt der Invalidität während der Versicherungsdauer entstanden sind, können auch noch bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Ablauf der Versicherungsdauer geltend gemacht werden. Werden später Ansprüche geltend gemacht, besteht kein Anrecht auf eine Leistung.

§ 2 Was ist Invalidität im Sinne dieser Bedingungen (Erwerbsunfähigkeit, Schulunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit)?

(1) Erwerbsunfähigkeit ab Alter 15 Jahre

Invalidität im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, irgendeiner Erwerbstätigkeit von mehr als drei Stunden täglich nachzugehen oder mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit zu erzielen. Nicht als Erwerbstätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen.

(2) Erwerbsunfähigkeit bis Alter 15 Jahre

Bei einer versicherten Person, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, liegt Invalidität im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befindet, mit dem sie bei bereits vollendetem 15. Lebensjahr erwerbsunfähig im Sinne von Absatz 1 wäre.

(3) Schulunfähigkeit bis Alter 15 Jahre

Bei einer versicherten Person, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, liegt Invalidität im Sinne dieser Bedingungen auch dann vor, wenn die versicherte Person „schulunfähig“ im Sinne der nachstehenden Absätze a) oder b) ist.

- „Schulunfähigkeit“ ist dann gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befindet, aufgrund dessen der Besuch der Grundschule oder einer weiterführenden allgemeinen Schule oder einer Förder- oder Sonderschule nicht möglich ist bzw. – vor Erreichen des schulpflichtigen Alters – der Besuch der Grundschule oder der Förder- oder Sonderschule nicht möglich wäre. Nicht als „Schulunfähigkeit“ gilt

eine „Zurückstellung“ vor der Einschulung wegen fehlender „Schulreife“.

- „Schulunfähigkeit“ ist auch dann gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befand, aufgrund dessen der Besuch der Schule nicht möglich war und sie die Schule auch tatsächlich nicht besucht hat. In diesem Fall gilt die Fortdauer dieses Zustands als Invalidität im Sinne dieser Bedingungen. Als Eintritt der Invalidität gilt in diesem Fall der Beginn des siebten Monats.

(4) Pflegebedürftigkeit ab Alter 15 Jahre

Bei einer versicherten Person, die das 15. Lebensjahr vollendet hat, liegt Invalidität im Sinne dieser Bedingungen auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von § 3 ist.

- Wird uns nachgewiesen, dass ein in Absatz 1, 2 oder 4 beschriebener Zustand für einen Zeitraum von sechs Monaten ununterbrochen vorgelegen hat, gilt dieser Zustand von Beginn an als Invalidität.

§ 3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- Hat die versicherte Person das 15. Lebensjahr vollendet, liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn

- die versicherte Person so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 2 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und wenn dabei mindestens drei Punkte der Tabelle in Absatz 2 erreicht werden oder
- die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung, mit der sie sich oder andere gefährdet, täglicher Beaufsichtigung bedarf oder wenn sie bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

- Bei der Bewertung der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen wird die nachstehende Punkttabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- Aufstehen und Zubettgehen = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- An- und Auskleiden = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr

*) rechnermäßiges Alter 65 = Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Geburtstag, an dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, am nächsten liegt

fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

- f) Verrichten der Notdurft = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bett-schüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe ent-leert werden kann.

Besteht alleine 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 Pfl-egebedürftigkeit vor.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen füh-ren ebenfalls zu keiner veränderten Bewertung. Eine Er-krankung oder Besserung gilt dann nicht als vorüberge-hend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

- (3) Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegepflichtversiche-rung führt nicht automatisch zur Pflegebedürftigkeit im Sinne der Absätze 1 und 2.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Worauf basiert die Überschussbeteiligung?

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertrags-gesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsre-serven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetz-buches und stellen sie jährlich im Rahmen unseres Jah-resabschlusses fest. Die zu diesem Zeitpunkt vorhande-nen Bewertungsreserven weisen wir dabei im Anhang des Geschäftsberichtes aus. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Nachfolgend erläutern wir Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versiche-rungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Ver-trags erfolgt (Absatz 3),
- wie die Überschussanteile ermittelt und verwendet werden (Absatz 4),
- wann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig werden kann (Absatz 5),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 6).

(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

Dazu erklären wir Ihnen

- 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 Ih-res Vertrages an den Überschüssen und den Bewer-tungsreserven 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 unsere Versicherungsnehmer in ihrer Ge-samtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverord-nung) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzufüh-rungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit mindes-tens den dort genannten Anteil. In der derzeitigen Fas-sung der Verordnung ist grundsätzlich vorgeschrieben, dass den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit mindestens 90 % der Nettoerträge zugutekommen. Aus dem Betrag, der den Versicherungsnehmern in ihrer Ge-samtheit zugutekommt, werden zunächst die Beträge fi-nanziert, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Den restlichen Teil des Betrags, der den Versi-cherungsnehmern in ihrer Gesamtheit zugutekommt, verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versi-cherungsnehmer. Die Beiträge einer Kinderinvaliditäts-Versicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Invaliditätsrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher vor Eintritt einer Invalidität kei-ne oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis

In der Kinderinvaliditäts-Versicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse vor Eintritt einer Inva-lidität die Entwicklung des versicherten Risikos (Invalidi-tätsrisiko). Überschüsse entstehen, wenn die Aufwen-dungen für das Invaliditätsrisiko sich günstiger entwi-ckeln als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt. In die-sem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versiche-rungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis be-teiligen. An diesen Überschüssen werden die Versiche-rungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Min-destzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungs-verordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können bei-spielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungs-geschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

- b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Über-schüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrücker-stattung (RfB) zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Di-rektgutschrift). Die RfB dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zu-stimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die RfB heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwehren,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussbe-rechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allge-meine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen

sind, oder

- die Deckungsrückstellung**) zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

In einzelnen Versicherungsjahren***) kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

- c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz gemäß Handelsgesetzbuch (HGB) auszuweisen wären. Da vor Eintritt einer Invalidität keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 5) anteilig rechnerisch zu.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Risiko-Lebensversicherungen, Kinderinvaliditäts-, Berufsunfähigkeits-Versicherungen und Rentenversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Innerhalb der Bestandsgruppen bilden wir Gewinnverbände, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände nach einem verursachungsorientierten Verfahren, und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Ihr Versicherungsvertrag erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbandes, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern. Sie finden ihn auch auf unserer Internetseite: www.amv.de.

(4) Wie werden die Überschussanteile ermittelt und verwendet?

- a) Laufende Überschussanteile vor Eintritt einer Invalidität

Sofern es sich nicht um eine Versicherung gegen Einmalbeitrag handelt, werden mit jeder Beitragszahlung laufende Überschussanteile zugeteilt, die im Verhältnis zum Tarifbeitrag bemessen und direkt auf die Beitragszahlung angerechnet werden. Dadurch haben Sie statt des Tarifbeitrags nur den grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten.

Stattdessen kann auch die Zuteilung von laufenden Überschussanteilen am Ende jedes Versicherungsjahres vereinbart werden, die wir – je nach Vereinbarung – ent-

weder verzinslich ansammeln oder in Investmentfonds anlegen (fondsgebundene Überschussbeteiligung). In diesem Fall entspricht der Zahlbeitrag dem Tarifbeitrag.

Bei Versicherungen mit gegenüber der Versicherungsdauer abgekürzter Beitragszahlungsdauer werden in der tariflich beitragsfreien Anwartschaftszeit ebenfalls laufende Überschussanteile gewährt. Sie werden dann nach dem letzten Beitrag bemessen und am Ende eines jeden Versicherungsjahres zugeteilt. War in der beitragspflichtigen Zeit die Beitragsanrechnung der Überschussanteile vereinbart, werden diese Überschussanteile in der planmäßig beitragsfreien Zeit verzinslich angesammelt. Durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherungen erhalten in der beitragsfreien Anwartschaftszeit keine weiteren laufenden Überschussanteile.

Versicherungen gegen Einmalbeitrag erhalten laufende Überschussanteile am Ende jedes Versicherungsjahres, die wir im Verhältnis zum Einmalbeitrag bemessen und – je nach Vereinbarung – entweder verzinslich ansammeln oder in Investmentfonds anlegen (fondsgebundene Überschussbeteiligung).

Verzinslich angesammelte Überschussguthaben bzw. der Geldwert eines in Investmentfonds geführten Überschussguthabens (Fondsguthabens) werden bei Beendigung der Versicherung, spätestens zum Ende der Versicherungsdauer, ausgezahlt. Der Versicherungsnehmer kann auch vorher, insbesondere bei Eintritt einer Invalidität, die Auszahlung des erreichten Guthabens verlangen.

- b) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer sowie bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für jedes volle Versicherungsjahr, in dem keine Leistungen aus der Kinderinvaliditäts-Versicherung gewährt wurden, im Verhältnis zu dem auf die Versicherung entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der ggf. fällige Schluss-Überschussanteil für die verbleibenden Jahre bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer mit 7,5 % p. a. diskontiert.

- c) Laufende Invaliditätsrente

Wird eine Invaliditätsrente gezahlt, werden jährliche Überschussanteile jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres zugeteilt, erstmals, nachdem die Invaliditätsrente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde. Die Zuteilung erfolgt im Verhältnis zu der am Ende des jeweils abgelaufenen Versicherungsjahres vorhandenen Deckungsrückstellung der gesamten Invaliditätsrente. Aus den Zuteilungen werden jeweils sofort beginnende zusätzliche Invaliditätsrenten gebildet.

(5) Wann kann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig werden?

Bei Beendigung der Kinderinvaliditäts-Versicherung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfah-

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

***) Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

ren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 4b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihren Versicherungsvertrag ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen.

(6) 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 ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Invaliditätsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 16 Abs. 2 und § 17).

§ 6 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen gemäß § 1 entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Invalidität (§ 2) folgt, es sei denn, aus dem nachstehenden Absatz 2 ergibt sich ein späterer Beginn.
- (2) Wird uns die Invalidität später als drei Jahre nach ihrem Eintritt in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Invalidität folgenden Monats leisten.
- (3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Invaliditätsleistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag zinslos nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine rätierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten erfolgen.
- (4) Der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen erlischt, wenn eine Invalidität gemäß § 2 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 10 Abs. 2) oder wenn die versicherte Person stirbt.

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Invalidität verursacht ist

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Invalidität während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.
- b) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zur Abwehr und Bekämpfung dieser Strahlen des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- d) durch eine Handlung, mit der der Versicherungsnehmer, ein gesetzlicher Vertreter, Sorgeberechtigter oder eine Aufsichtsperson vorsätzlich die Invalidität der versicherten Person herbeigeführt hat; hierzu gehören auch Handlungen aufgrund von Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen;
- e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
- f) durch Unfälle aufgrund von Bewusstseinsstörungen, soweit sie auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen, sowie durch Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden (Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn das versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.);
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.
- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

- (3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- (4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
- vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen,
 - den Vertrag ändern oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das 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 (z. B. 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 folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht 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.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 18 Absätze 3 bis 5; die Regelung des § 18 Absatz 3 Satz 2 gilt nicht. Die Rückzahlung der 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.

- (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 nach Maßgabe des § 18 Abs. 10 bis 12 in einen beitragsfreien Vertrag um.

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 Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab

der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 16 Absatz 2) Vertragsbestandteil.

- (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
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder 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 oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Ferner verzichten wir auf unser Rücktritts-, Kündigungs- und Vertragsänderungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn uns bei Schließung des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen und der versicherten Person nicht bekannt war. In diesen Fällen wird der Vertrag unverändert fortgeführt.

- (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 Vertragsschluss 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 worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrags

- (18) Die Absätze 1 bis 17 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 Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir 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.

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

- (1) Wird eine Leistung beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise in deutscher Sprache vorgelegt werden:
 - a) eine Darstellung über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie vorhandene ärztliche Befundberichte;
 - b) eine Aufstellung sowie Berichte und Unterlagen
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Invalidität geltend machen könnte,
 - c) bei Pflegebedürftigkeit vor Vollendung des 15. Lebensjahres im Sinne von § 2 Abs. 4 eine Kopie des Bescheides der Pflegekasse bzw. Pflegeversicherung.
- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
- (3) Ferner können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach § 21 vorgelegt wird.
- (4) Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig befristen, wenn
 - sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Invalidität im Sinne dieser Bedingungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
 - die medizinischen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,
 - die versicherte Person eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme absol-

viert oder eine solche Maßnahme vorgesehen oder beabsichtigt ist.

In unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht werden wir Ihnen die maßgeblichen Gründe für ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis mitteilen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

§ 11 Was gilt für die Nachprüfung der Invalidität?

- (1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Invalidität nachzuprüfen; dies gilt nicht bei einem zeitlich begrenzten Anerkenntnis nach § 10. Die Mitwirkungspflichten des § 9 Abs. 2 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die über die Befragung der versicherten Person hinaus entstehenden Kosten von uns zu tragen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit weitere notwendige Nachweise, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, einholen und einmal jährlich Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

§ 12 Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?

- (1) Liegt eine Invalidität im Sinne von § 2 dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.
- (2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraums prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen Verhältnissen der versicherten Person Invalidität im Sinne von § 2 besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 9. In diesem Fall werden wir § 2 Abs. 5 nicht anwenden.
- (3) Eine Besserung des Gesundheitszustandes, die Wiederaufnahme eines Schulbesuches oder die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden.

§ 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Invalidität?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 9, 11 oder 12 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 14 Wer erhält die Leistung?

(1) Leistungsempfänger

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

(2) Bezugsberechtigung

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

(3) Abtretung und Verpfändung

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

(4) Anzeige

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

§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir übermitteln Ihnen den Versicherungsschein in Papierform. Damit liegt dann eine Urkunde vor.
- (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.

§ 16 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsweise

Die Beiträge zu Ihrer Kinderinvaliditäts-Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag (Einmalbeitrag), monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Beitragsfälligkeit

Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag (Erstbeitrag) müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(3) Dauer der Beitragszahlung

Laufende Beiträge sind bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten, längstens jedoch bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt. Während einer bedingungs-gemäßen Invalidität entfällt die Verpflichtung zu einer Beitragszahlung (siehe § 1 Abs. 1).

(4) Übermittlung des Beitrags

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

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

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

Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

(5) Verrechnung von Beitragsrückständen

Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erstbeitrag

- (1) Wenn Sie den Erstbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – sofern Sie den Versicherungsvertrag nicht fristgerecht widerrufen haben und solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

- (2) Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (4) 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.
- (5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen

oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

- (6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder,
- wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

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.

§ 18 Wann können Sie Ihren Vertrag ganz oder teilweise kündigen oder beitragsfrei stellen?

(1) Kündigung

Sie können Ihren Vertrag jederzeit in Textform kündigen

- bei beitragspflichtigen Versicherungen zum Schluss einer Versicherungsperiode (siehe § 16 Abs. 2) und
- bei beitragsfreien Versicherungen zum Schluss eines jeden Monats.

Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Invaliditätsrente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 € (beitragspflichtige Mindestrente) und der verbleibende Tarifbeitrag pro Versicherungsperiode mindestens 5 € (Mindestbeitrag) beträgt. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(2) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung, sofern wir keine Leistung aus der Kinderinvaliditäts-Versicherung erbringen, den

- Rückkaufswert (Absatz 3 und 5),
- vermindert um den Abzug (Absatz 4),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 6).

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungskapital der Versicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 19 Absatz 2 Satz 4).

(4) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt 60 €. Sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherung handelt, erhöht sich dieser Abzug um einen Betrag im Verhältnis zur jeweils versicherten Invaliditätsrente; seine Höhe fin-

den Sie im Antrag für eine Kinderinvaliditäts-Versicherung (nachstehend „Antrag“ genannt). Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird. Zudem werden damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

(5) Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

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

(6) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, nach § 4 Abs. 4a verzinslich angesammelten oder in Investmentfonds angelegten Überschussanteilen, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Betrag enthalten sind,
- einem Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 4 Abs. 4b für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist,
- den Ihrem Vertrag gemäß § 4 Abs. 5 zuzuteilenden Bewertungsreserven, soweit bei Kündigung vorhanden.

(7) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Invaliditätsrisikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 19) benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert sowie zum Auszahlungsbetrag können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(8) Kündigung und Invalidität

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung invalide, bleiben Ansprüche aus der Versicherung aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Invalidität unberührt.

(9) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(10) Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zu den dort genannten Terminen – sofern wir keine Leistung aus der Kinderinvaliditäts-Versicherung erbringen – in Textform verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall

setzen wir die vereinbarte Invaliditätsrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Termin der Beitragsfreistellung und
- unter Zugrundelegung des um den Abzug nach Absatz 11 verminderten Rückkaufswertes nach Absatz 3

Der für die Bildung der beitragsfreien Invaliditätsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich gegebenenfalls um rückständige Beiträge.

(11) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 10 für die Bildung der beitragsfreien Invaliditätsrente zur Verfügung stehenden Betrag. Der Abzug wird im Verhältnis zur vereinbarten Invaliditätsrente bemessen; seine Höhe finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

(12) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Invaliditätsrente und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 19) benötigt werden, ist nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 zur Bildung einer beitragsfreien Invaliditätsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Invaliditätsrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Invaliditätsrente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(13) Beitragsfreistellung und Invalidität

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung invalide, bleiben Ansprüche aus der Versicherung aufgrund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Invalidität unberührt.

(14) Mindestbetrag für die beitragsfreie Invaliditätsrente

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 10 zu berechnende beitragsfreie Invaliditätsrente nicht den Mindestbetrag von jährlich 300 €, so erhalten Sie den Auszahlungsbetrag (Absatz 2) und der Vertrag endet. Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die herabgesetzte Invaliditätsrente die jährliche Mindestrente von 300 € erreicht und der Tarifbeitrag mindestens 5 € je Versicherungsperiode beträgt.

§ 19 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschlusskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendun-

gen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Die übrigen Kosten entfallen auf die laufende Verwaltung. Die Höhe der einkalkulierten Abschlusskosten sowie der übrigen Kosten (Verwaltungskosten) können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschlusskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur Mindestwerte für einen Rückkaufswert oder zur Bildung einer beitragsfreien Invaliditätsrente vorhanden sind (siehe § 18). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und beitragsfreien Invaliditätsrenten können Sie den jeweiligen Tabellen in der Anlage zum Antrag entnehmen.

§ 20 Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

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

§ 21 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung 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 Nachfrageunverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängersmaßgebend sein können.

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

Deutschland geltenden Steuerregelungen können Sie den Informationen für den Versicherungsnehmer entnehmen.

- (3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
- (4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 22 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

- (1) Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, bitten wir Sie, uns eine im Inland ansässige Person zu benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).
- (2) Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in ein Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, können wir verlangen, dass die gemäß §§ 9, 11 und 12 erforderlichen Nachweise in deutscher Sprache vorgelegt und ärztliche Untersuchungen in Deutschland vorgenommen werden. In diesem Fall übernehmen wir die Kosten der ärztlichen Untersuchung, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten. Als gewöhnlicher Aufenthalt ist ein zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von mehr als sechs Monaten Dauer anzusehen, kurzfristige Unterbrechungen bleiben unberücksichtigt.

§ 23 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:
 - Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
 - Rückläufem im Lastschriftverfahren
 - Durchführung von Vertragsänderungen
 - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen
 - Anschriftermittlung
 - Ausstellung eines Ersatz-Versicherungsscheins
 - Versicherungsnehmerwechsel
 - Wiederinkraftsetzung

§ 9 Abs. 2 und § 22 Abs. 2 bleiben unberührt.

Die Höhe der Kosten kann sich während der Vertragslaufzeit ändern. Eine Übersicht über die jeweils aktuellen Kosten können Sie bei uns anfordern.

- (2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

§ 24 Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?

Ihr Versicherungsvertrag unterliegt der Besteuerung und der Abgabenordnung des Staates, in dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Dies gilt auch im Falle Ihres Umzugs in einen anderen Staat nach Abschluss Ihres Versicherungsvertrags. Wir sind berechtigt, Ihnen als Schuldner etwa anfallende Steuern und Abgaben in vollem Umfang zu belasten.

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Geschäftssitz in Aachen liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk er seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.
- (2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk er seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Anhang der AVB zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Versicherungsvertrags

Bei Ihrem Versicherungsvertrag handelt es sich um ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem schon bei Vertragsschluss eine garantierte Rente für den Versicherungsfall fest zugesagt wird. Wir dürfen dieses Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Beiträge und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen Versicherungsnehmern in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden.

Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrages stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der Versicherungsnehmer gewahrt werden.

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Bei der Berechnung des Auszahlungsbetrags bzw. der beitragsfreien Rente nehmen wir den in den Versicherungsbedingungen vereinbarten Abzug vor. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil bei seiner Kalkulation folgende Umstände berücksichtigt werden:

Ausgleich für Verwaltungsaufwand

Die Bearbeitung einer Kündigung ist für uns mit Verwaltungsaufwand verbunden, der nicht in den Kostenanteilen der von Ihnen gezahlten Beiträge berücksichtigt ist. Aus diesem Grund behalten wir bei Rückkauf vom Deckungs-

kapital einen pauschalen Abgeltungsbetrag für diese Verwaltungsaufwendungen ein.

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. In Form eines kalkulatorischen Ausgleichs wird sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch vorzeitige Vertragskündigungen, die ansonsten zu einer negativen Veränderung des kalkulatorischen Gleichgewichts führen würden, kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch die Versicherungsnehmergemeinschaft zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung oder Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Besondere Bedingungen für die Investition von Anlagebeträgen in Gold bei Rentenversicherungen nach Tarif VAN und VEPN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

bei Ihrer Rentenversicherung nach Tarif VAN oder VEPN können Sie wählen, dass wir die Anlagebeträge des Versicherungsvertrags teilweise oder vollständig zum Erwerb von physischem Gold verwenden (goldgebundene Anlage). Wenn Sie diese Möglichkeit nutzen, gelten zusätzlich zu bzw. abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Was bedeutet der Erwerb von physischem Gold im Rahmen einer Rentenversicherung?	§ 1
Welche Menge an Gold wird für den Vertrag erworben, und wie ergibt sich daraus später die Höhe der Versicherungsleistungen?	§ 2
Mit welchen Risiken ist eine Anlage in Gold verbunden?	§ 3
Mit welchen Kosten ist die Anlage in physischem Gold im Rahmen der Rentenversicherung verbunden?	§ 4
Können Sie die Höhe des in Gold zu investierenden Teils künftiger Anlagebeiträge ändern oder Vertragsguthaben in Gold bzw. umgekehrt umschichten?	§ 5
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung eines Versicherungsvertrags mit goldgebundener Anlage vor Beginn der Rentenzahlung?	§ 6
Was passiert, wenn wir nicht mehr zu den anfangs vereinbarten Rahmenbedingungen das Gold erwerben bzw. den Goldbestand verwalten können?	§ 7

§ 1 Was bedeutet der Erwerb von physischem Gold im Rahmen einer Rentenversicherung?

- (1) Neben der Anlage in Investmentfonds oder der Anlage in unserem sonstigen Sicherungsvermögen können Sie bestimmen, dass wir die Anlagebeträge Ihres Versicherungsvertrags (= Anlagebeiträge aus Ihren laufenden Versicherungsbeiträgen bzw. Ihrem anfänglichen Einmalbeitrag, ggf. auch aus Sonderzahlungen sowie eventuell auch Teile der laufenden Überschusszuteilungen) vor Beginn der Rentenzahlung (Tarif VEPN: während der Vermögensphase) ganz oder teilweise für den Erwerb von physischem Gold verwenden (goldgebundene Anlage). Insoweit ist Ihre Versicherung dann unmittelbar an der Wertentwicklung des Edelmetalls Gold beteiligt. Unseren entsprechenden Goldbestand führen wir in einem besonderen Vermögen (Gold-Anlagestock) als internen Fonds gemäß § 124 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 i. V. m. § 125 Abs. 5 Nr. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) getrennt von unserem sonstigen Sicherungsvermögen (§ 125 Abs. 1 bis 4 VAG) und getrennt von allen Anlagestöcken für offene Investmentvermögen (§ 125 Abs. 5 Nr. 1 VAG). Haben Sie die goldgebundene Anlage gewählt, entspricht eine Anteilseinheit am internen Fonds genau 1 g Gold.
- (2) Soweit in den vorliegenden „Besondere Bedingungen für die Investition von Anlagebeträgen in Gold bei Rentenversicherungen nach Tarif VAN und VEPN“ nichts anderes beschrieben wird, gelten für die goldgebundene Anlage die in den AVB getroffenen Regelungen für Investmentfonds; die goldgebundene Anlage ist aber keine Anlage in einen Investmentfonds einer eigenen Fondsgesellschaft. Solange ein Teil des Ihrem Versicherungsvertrag zugeordneten Anlagevermögens in Gold geführt

wird, können Sie darüber hinaus maximal neun Investmentfonds auswählen, andernfalls maximal zehn.

§ 2 Welche Menge an Gold wird für den Vertrag erworben, und wie ergibt sich daraus später die Höhe der Versicherungsleistungen?

- (1) Maßgebender Preis für die Zahl der Anteilseinheiten am internen Fonds für Gold, die wir Ihrem Versicherungsvertrag aus einem Anlagebetrag zuordnen, ist der Rückgabepreis in Euro je Anteilseinheit (Gramm) am internen Fonds, der für den Stichtag (letzter Börsentag) des Vormonats, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.amv.de/goldanlage) veröffentlicht wird, erhöht um einen Zuschlag für den Kauf von 2,0 %. Für jeden Vertragsteil (Grundversicherung, jede Erhöhungsversicherung, Sonderzahlung) ermitteln wir die Ihrem Vertrag zuzuordnende Menge an Gold auf 0,000 001 Anteilseinheiten, also 0,000 001 Gramm = 1 µg = 1 Mikrogramm, genau.
- (2) Bei Beginn einer lebenslangen Rentenzahlung, bei Tarif VEPN auch bei Beginn einer Zeitrente, rechnen wir den gesamten oder einen Teil des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestands in einen Geldbetrag um und bilden hieraus – zusammen mit eventuellem Guthaben aus den Investmentfonds und dem übrigen nicht fondsgebundenen Guthaben Ihres Versicherungsvertrags – die Rente. Maßgebender Preis für die Ermittlung des Geldwerts des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestandes ist der Rückgabepreis in Euro für Gold, der für den Stichtag (letzter Börsentag) des Monats vor Beginn der Rentenzahlung, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link

auf unserer Internetseite (derzeit unter www.amv.de/goldanlage) veröffentlicht wird.

- (3) Bei Fälligkeit einer Kapitalzahlung aus dem Versicherungsvertrag, insbesondere bei Kündigung, Ausübung des Kapitalwahlrechts oder Tod, erbringen wir – zusammen mit dem eventuellen Guthaben aus den Investmentfonds und dem übrigen nicht fondsgebundenen Guthaben Ihres Versicherungsvertrags – den Geldwert des auf ihn entfallenden Goldbestands. Maßgebender Preis für die Ermittlung des Geldwerts der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Anteile des Goldbestands ist bei einer Kapitalabfindung oder Kündigung der Rückgabepreis in Euro für Gold, der für den Stichtag (letzter Börsentag) des Monats, an dessen Ende die Kapitalzahlung fällig ist, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.amv.de/goldanlage) veröffentlicht wird. Endet der Versicherungsvertrag durch Tod der versicherten Person, gilt der Rückgabepreis in Euro für Gold, der für den Stichtag (letzter Börsentag) des Monats, der dem Todesfall vorangegangen ist, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.amv.de/goldanlage) veröffentlicht wird.
- (4) Bis zur Fälligkeit einer Kapitalzahlung kann der Anspruchsberechtigte in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) anstelle einer Geldzahlung bis zur Höhe der auf den Versicherungsvertrag entfallenden Anteilseinheiten am internen Fonds die entsprechende Lieferung von Gold verlangen, siehe § 4 Abs. 4. Hierfür entstehen dem Anspruchsberechtigten zusätzliche Kosten (siehe ebenfalls § 4 Abs. 4).
- (5) Wir bewahren unser Gold bei einem darauf spezialisierten Dienstleister auf. Es ist nicht auszuschließen, dass wir aufgrund unvorhersehbarer Umstände, deren Eintritt wir nicht zu vertreten haben, vorübergehend nicht auf unseren Goldbestand zugreifen können (beispielsweise bei Insolvenz des Dienstleisters, bei dem wir unser Gold lagern, bei technischen Defekten, Brandschäden usw.). Für diesen Fall behalten wir uns vor, eine fällige Versicherungsleistung – soweit sie sich aus dem auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestand ergibt – erst dann zu erbringen, wenn wir wieder Zugriff auf unseren Goldbestand haben. Das gilt sowohl bei einer in Geld wie auch bei einer in Form einer Goldlieferung (siehe Absatz 4) zu erbringenden Versicherungsleistung. Während dessen finden die Bestimmungen über den Stichtag für die Berechnung des Goldwertes in Absatz 2 und 3 keine Anwendung.

§ 3 Mit welchen Risiken ist eine Anlage in Gold verbunden?

Den von uns für die goldgebundene Kapitalanlage aufgelegten internen Fonds (siehe § 1 Abs. 1) führen wir technisch ähnlich den übrigen für Ihren Vertrag zur Verfügung stehenden Investmentfonds. Von diesen unterscheidet er sich jedoch dadurch, dass innerhalb des internen Fonds keinerlei Streuung des Kapitalanlagerisikos erfolgt, da der interne Fonds ausschließlich in das Edelmetall Gold investiert. Sie tragen das mit der goldgebundenen Anlage verbundene Kapitalanlagerisiko. Da wir die Entwicklung des Goldpreises nicht vorhersagen können, können wir die Höhe einer künftigen Teilrente, Zeitrente, der Rente oder einer Kapitalabfindung sowie die Höhe einer Todesfalleistung oder eines Rückkaufswertes nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Steigerung des Goldpreises einen Wertzuwachs zu erzielen; bei einem Rückgang des Goldpreises tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass die jeweilige Versicherungsleistung bei einer guten Entwicklung des Goldpreises höher sein wird als bei einer weniger guten Goldpreisentwicklung. Bei einer ungünstigen Goldpreisentwicklung ist nicht ausgeschlossen, dass der auf Ihren Vertrag entfallende Goldbestand weniger als die Summe der hierfür aufgewandten Anlagebeträge

wert ist. Auch kurz vor Fälligkeit einer Versicherungsleistung sind noch massive Schwankungen des Goldpreises möglich, die die Höhe der Versicherungsleistungen erheblich beeinflussen können.

§ 4 Mit welchen Kosten ist die Anlage in physischem Gold im Rahmen der Rentenversicherung verbunden?

- (1) Der interne Fonds ist kostenfrei. Die Entwicklung des Goldpreises (siehe § 2) überträgt sich somit ohne Minderung durch Kosten auf den Wert einer Anteilseinheit dieses Fonds, d. h. eines Gramms Gold. Sofern Sie die goldgebundene Anlage wählen, fallen im Rahmen des Versicherungsvertrags jedoch zusätzlich Kosten durch einen Zuschlag für den Kauf für hinzukommende Anteilseinheiten am internen Fonds und in Form von laufenden Verwaltungskosten für die auf Ihren Vertrag bereits insgesamt entfallenden Anteilseinheiten am internen Fonds (siehe Absätze 2 und 3) an.
- (2) Der Zuschlag für den Kauf für hinzukommende Anteilseinheiten von 2,0 %, den wir bei Umrechnung von Anlagebeträgen in Gold auf den Rückgabepreis aufschlagen (siehe § 2 Abs. 1), deckt die Kosten für den tatsächlichen Erwerb des Goldes ab, insbesondere den Unterschied zwischen Ankaufs- und Verkaufspreis für Gold auf dem Weltmarkt.
- (3) Auch für die laufenden Verwaltungsaufwendungen in Zusammenhang mit der Aufbewahrung und Sicherung des Goldbestands (z. B. Bereithaltung entsprechender Tresore, Wachschatz) entstehen für Sie zusätzliche laufende Verwaltungskosten. Sie werden zu Beginn eines jeden Monats in Höhe von 1,0 % vom Geldwert der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Anteilseinheiten am internen Fonds, also des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestandes, bemessen. Maßgebend sind hierbei der Goldbestand am Ende des gerade abgelaufenen Monats und der Rückgabepreis für Gold in Euro, der für den Stichtag (letzter Börsentag) dieses Vormonats, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.amv.de/goldanlage) veröffentlicht wird. Wir verrechnen diesen Betrag durch eine entsprechende monatliche Minderung des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestandes. Sofern der goldgebundene Anlage keine weiteren Anlagebeträge zugeführt werden – also insbesondere bei beitragsfreien Verträgen oder Vertragsteilen (etwa Sonderzahlungen), speziell Versicherungen nach Tarif VEPN – mindert sich dadurch monatlich die Anzahl der Anteilseinheiten am internen Fonds und somit die Menge an Gold, die auf den Vertrag bzw. Vertragsteil entfällt.
- (4) Wünscht der Anspruchsberechtigte bei Fälligkeit einer Kapitalzahlung statt der Kapitalzahlung die Auslieferung der Menge Gold, die der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Menge an Gold entspricht (siehe § 2 Abs. 4), so erfolgt die Auslieferung im Regelfall in Barren zu jeweils 1.000 g. Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten können wir auch Goldbarren in Mengeneinheiten von jeweils 500 g, 250 g, 100 g oder 50 g liefern lassen. Einen dabei verbleibenden Restbetrag erbringen wir als Geldbetrag. Für die Lieferung von Gold entstehen Ihnen zusätzliche Kosten (Herstellungskosten der Goldbarren, Verpackungs- und Versandkosten). Diese Kosten sind umso höher, je kleiner die jeweiligen Mengeneinheiten sind. Die Höhe der Kosten finden Sie in der jeweils aktuellen Kostentabelle, die Sie bei uns anfordern können. Gegebenenfalls müssen wir die auslieferbare Goldmenge zuvor um den Teil mindern, der dem Geldbetrag entspricht, den wir für Sie auf die Erträge Ihres Versicherungsvertrags als Einkommensteuer sowie Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer abzuführen haben.

§ 5 Können Sie die Höhe des in Gold zu investierenden Teils künftiger Anlagebeiträge ändern oder Vertragsguthaben in Gold bzw. umgekehrt umschichten?

- (1) Sofern in § 16 AVB (für Versicherungen nach Tarif VAN) bzw. § 12 AVB (für Versicherungen nach Tarif VEPN)
- zur Änderung der Aufteilung der Anlagebeiträge,
 - zur Umschichtung von Guthaben,
 - zum Fonds-Einstiegsmanagement oder Fonds-Ausstiegsmanagement,
 - zur Änderung der garantierten Leistung und
 - zu den Kosten von Guthabenumschichtungen
- von „Fonds“, „fondsgebundenem Guthaben“ oder „Fondsguthaben“ die Rede ist, gelten diese Regelungen grundsätzlich auch für die goldgebundene Anlage im Versicherungsvertrag. Das nicht fondsgebundene Guthaben gemäß den Regelungen des § 16 bzw. § 12 AVB ist nur das in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegte Guthaben.
- (2) Abweichend von den Regelungen in § 16 AVB (für Versicherungen nach Tarif VAN) bzw. § 12 AVB (für Versicherungen nach Tarif VEPN) gilt jedoch:
- Für die Ermittlung des Werts einer vorhandenen goldgebundenen Anlage gilt der für den gemäß § 16 bzw. § 12, jeweils Abs. 2 AVB maßgebenden Tag, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.amv.de/goldanlage) veröffentlichte Rückgabepreis für Gold in Euro.
 - Bei der Umschichtung von Guthaben in die goldgebundene Anlage erhöht sich dieser Rückgabepreis um einen Zuschlag für den Kauf von 2,0 %.

§ 6 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung eines Versicherungsvertrags mit goldgebundener Anlage vor Beginn der Rentenzahlung?

- (1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Mit § 2 AVB (für Versicherungen nach Tarif VAN oder VEPN) erläutern und vereinbaren wir mit Ihnen die Überschussbeteiligung Ihres Rentenversicherungsvertrags. Die dort vereinbarten Regelungen zu „renditeorientiertem Guthaben“, „fondsgebundenem Guthaben“ oder „Fondsguthaben“ gelten ebenso für das goldgebundene Guthaben des Versicherungsvertrags. Auf das goldgebundene Guthaben fallen keine Bewertungsreserven an. Nicht fondsgebundenes Guthaben gemäß § 2 AVB ist nur das in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegte Guthaben. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest und veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht (siehe § 2 Abs. 3 AVB). Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen (siehe § 2 Abs. 9 AVB).
- (2) Mit § 2 Abs. 4 AVB ist geregelt, wie die Überschussanteile vor Beginn einer Rentenzahlung ermittelt werden. Über die damit vereinbarten Überschussanteile hinaus erhalten Sie im Rahmen der goldgebundenen Anlage weitere Kostenüberschussanteile vor Beginn der Rentenzahlung.
- Zu jedem Zeitpunkt, zu dem wir Anlagebeträge oder Umschichtungsbeträge des Versicherungsvertrags für den Kauf von Gold verwenden, teilen wir Ihrem Versicherungsvertrag als weiteren Kostenüberschussanteil den nicht garantierten Betrag zu, der sich zusätzlich ergeben kann, wenn wir bei Ermittlung der auf Ihren Versicherungsvertrag gemäß § 2 Abs. 1 bzw. § 5 Abs. 2 entfallenen Anteilseinheiten am internen Fonds einen geringeren Zuschlag für den Kauf als den dort genannten ansetzen können.

- Zu jedem Monatsbeginn teilen wir Ihrem Versicherungsvertrag als weiteren Kostenüberschussanteil einen Betrag im Verhältnis der jährlich festzulegenden Überschussanteilsätze zum Geldwert des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestandes zu. Maßgebend sind hierbei der Goldbestand am Ende des gerade abgelaufenen Monats und der Rückgabepreis für Gold in Euro, der für den Stichtag (letzter Börsentag) dieses Vormonats, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.amv.de/goldanlage) veröffentlicht wird.

Diese weiteren Überschussanteile verwenden wir zur Erhöhung des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestandes.

§ 7 Was passiert, wenn wir nicht mehr zu den anfangs vereinbarten Rahmenbedingungen das Gold erwerben bzw. den Goldbestand verwalten können?

- (1) Es kann der Fall eintreten, dass wir das aus den Anlage- oder Umschichtungsbeträgen zu erwerbende Gold nicht mehr mit dem in § 2 Abs. 1, § 4 Abs. 2 und § 5 Abs. 2 genannten Zuschlag für den Kauf kostendeckend erwerben können. Grund hierfür könnte beispielsweise sein, dass unser Goldlieferant infolge einer gestiegenen Differenz zwischen An- und Verkaufspreisen für Gold auf dem Weltmarkt einen gegenüber unserer anfänglichen Annahme um mehr als 1,0 % des Rückgabepreises höheren Zuschlag für den Kauf verlangt. Bei Überschreiten dieser Obergrenze werden wir die entsprechenden künftigen Anlage- und Umschichtungsbeträge für Ihren Versicherungsvertrag, die eigentlich für die Anlage in Gold vorgesehen waren, dem nicht fondsgebundenen (sicherheitsorientierten) Guthaben Ihres Versicherungsvertrags zuführen bzw. solches Guthaben für Ihren Vertrag bilden. Eventuelle aus dem sicherheitsorientierten Guthaben zur Anlage in Gold vorgesehene Umschichtungsbeträge werden wir dann nicht umschichten. Mit diesen künftigen Anlage- oder Umschichtungsbeträgen ist Ihr Versicherungsvertrag dann nicht an die Wertentwicklung von Gold gekoppelt.
- (2) Es kann der Fall eintreten, dass aufgrund von uns nicht zu vertretender Anlässe die Kosten für die Verwaltung des Goldbestandes so stark steigen, dass die in § 4 Abs. 3 genannte Kostensatz-Obergrenze überschritten wird. Grund hierfür könnte sein, dass der Dienstleister, bei dem wir unser Gold lagern, beispielsweise infolge gestiegener Lohn- oder Versicherungskosten eine gegenüber unserer anfänglichen Vereinbarung um monatlich mehr als 0,25 % des Goldbestands höhere Vergütung beansprucht. In diesem Fall werden wir den auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestand veräußern und den erlösten Geldwert dem nicht fondsgebundenen (sicherheitsorientierten) Guthaben Ihres Versicherungsvertrags zuführen bzw. solches Guthaben für Ihren Vertrag bilden. Diese Umschichtung erfolgt für Sie kostenfrei. Auch diejenigen künftigen Anlage- oder Umschichtungsbeträge Ihres Versicherungsvertrags, die eigentlich für die Anlage in Gold vorgesehen waren, führen wir dann dem nicht fondsgebundenen Guthaben Ihres Versicherungsvertrags zu bzw. sie verbleiben dort. Damit ist Ihr Versicherungsvertrag dann nicht mehr an die Wertentwicklung von Gold gekoppelt.
- (3) Sofern eine Anpassung gemäß Absatz 1 oder 2 erforderlich ist, werden wir Sie hierüber mit mindestens vier Wochen Frist in Textform informieren. Anstelle der Investition der künftigen Anlagebeträge bzw. des Geldwerts des vorhandenen Goldbestandes in das nicht fondsgebundene (sicherheitsorientierte) Guthaben Ihres Versicherungsvertrags können Sie innerhalb von vier Wochen nach Erhalt unseres Schreibens auch verlangen, dass wir diese Beträge in einem Investmentfonds, der bei uns für Ihren Vertrag dann zur Verfügung steht, anlegen. Auch diese Umschichtung erfolgt für Sie kostenfrei.

Besondere Bedingungen für Rentenversicherungen nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Rentenversicherungen nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für Rentenversicherungen nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?	§ 1
Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	§ 2
Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	§ 3
Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	§ 4
Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	§ 5
Was gilt bei Tod der in der Versorger-Zusatzversicherung versicherten Person bzw. deren Berufsunfähigkeit?	§ 6

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

- (1) Der vertraglich vereinbarte Beitrag für Ihre Rentenversicherung nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Beitrags des Vorjahres.
- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne Gesundheitsprüfung.

§ 2 Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung (Nachtrag zu Ihrer Versicherung). Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.
- (3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt
 - zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, ab dem sich letztmalig noch eine Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer von mindestens einem vollen Jahr ergibt,
 - spätestens jedoch zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Geburtstag am nächsten liegt, an dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.
- (4) Ist eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden ihre Versicherungsleistungen längstens bis zu dem für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer

erhöht. Ferner erfolgen keine weiteren Erhöhungen zur Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung, wenn die monatliche Invaliditätsrente den Betrag von 2.000 € erstmals erreicht oder überschritten hat. In diesem Fall bezieht sich der Erhöhungs-Prozentsatz gemäß § 1 Abs. 1 nur auf den Beitrag des Vorjahres ohne Beitrag für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung.

- (5) Ist eine Options-Zusatzversicherung mit Recht auf späteren Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (BU-Options-Zusatzversicherung) eingeschlossen, wird die BU-Options-Zusatzversicherung längstens bis zu dem für sie vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöht. Ferner erfolgen keine weiteren Erhöhungen zur BU-Options-Zusatzversicherung, wenn die durch Ausüben der BU-Option zu erwerbende monatliche Berufsunfähigkeitsabsicherung den Betrag von 2.000 € erstmals erreicht oder überschritten hat. In diesem Fall bezieht sich der Erhöhungs-Prozentsatz gemäß § 1 Abs. 1 nur auf den Beitrag des Vorjahres ohne Beitrag für die BU-Options-Zusatzversicherung.
- (6) Sind eine Versorger-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod des versicherten Versorgers oder eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei dessen Berufsunfähigkeit eingeschlossen, werden deren Versicherungsleistungen längstens bis zum Ablauf der hierfür jeweils vereinbarten Beitragszahlungsdauer erhöht (siehe § 3 Abs. 2).

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Der zusätzliche Beitrag wird für Erhöhungsversicherungen (bei der Rentenversicherung nach Tarif VAN allerdings ohne Recht auf Teilrenten) verwendet, bei denen die Dauer bis zum Rentenbeginn bzw. die Versicherungsdauer und die Bei-

tragszahlung zum gleichen Termin enden wie bei der Grundversicherung.

- (2) Sind eine Versorger- bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erstreckt sich der Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung auch auf die Erhöhungsbeiträge. Ist eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung eingeschlossen, erhöht sich die Invaliditätsrente im gleichen Verhältnis wie die Beitragssumme der Hauptversicherung. Im gleichen Verhältnis erhöht sich auch die ohne erneute Gesundheitsprüfung abschließbare Berufsunfähigkeitsabsicherung aus einer BU-Options-Zusatzversicherung. Die Erhöhungen zu einer Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung oder einer BU-Options-Zusatzversicherung stehen unter dem Vorbehalt von § 2 Abs. 4 und 5 bzw. § 5 Abs. 3.
- (3) Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen zur Rentenversicherung nach Tarif VAN, insbesondere bei der Berechnung der garantierten Mindestrente je 10.000 € des Anlagevermögens, werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden gleichartigen Rentenversicherungen ansetzen. Auf die Anwendung solcher aktuellen Rechnungsgrundlagen werden wir Sie vor dem Erhöhungstermin im Nachtrag zu Ihrer Versicherung hinweisen. Bereits durchgeführte frühere Erhöhungen aus dem Dynamikplan bleiben hiervon unberührt.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihre Rentenversicherung nach Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPAN (AVB) sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhungsversicherungen. Entsprechende Anwendung finden die Bestimmungen in den AVB „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ und „Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?“.

- (2) Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen setzen die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Bedingungen zu etwaigen Zusatzversicherungen genannten Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bzw. Selbsttötung nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.
- (3) Ist in Ihrer Versicherung eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden zu dieser keine Erhöhungen durchgeführt, solange Ihre Beitragszahlungspflicht zur Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung wegen Invalidität der versicherten Person entfällt.

§ 6 Was gilt bei Tod der in der Versorger-Zusatzversicherung versicherten Person bzw. deren Berufsunfähigkeit?

Sind in Ihren Versicherungsvertrag eine Versorger- bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod bzw. Berufsunfähigkeit eines Versorgers eingeschlossen, erfolgen auch Erhöhungen, solange wir die Beitragszahlung wegen Tod bzw. Berufsunfähigkeit der hierbei versicherten Person übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass aufgrund von § 5 Abs. 2 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist oder Sie den Dynamikplan nachträglich ausgeschlossen haben, sofern die Versorger- bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unverändert fortbesteht.

Besondere Bedingungen für Kinderinvaliditäts-Versicherungen nach Tarif SKN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Kinderinvaliditäts-Versicherungen nach Tarif SKN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kinderinvaliditäts-Versicherung nach Tarif SKN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN (AVB) sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?	§ 1
Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	§ 2
Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	§ 3
Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	§ 4
Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	§ 5
Was gilt bei Tod der in der Versorger-Zusatzversicherung versicherten Person bzw. deren Berufsunfähigkeit?	§ 6

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

- (1) Der Beitrag (Tarifbeitrag) für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Beitrags des Vorjahres.
- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 2 Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Tarifbeitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung (Nachtrag zu Ihrer Versicherung). Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.
- (3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt
 - zwei Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, sofern diese mit der Versicherungsdauer übereinstimmt bzw.
 - ein Jahr vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, sofern diese gegenüber der Versicherungsdauer abgekürzt ist.
- (4) Wenn die monatliche Invaliditätsrente den Betrag von 2.000 € erstmals erreicht oder überschritten hat, erfolgen keine weiteren Erhöhungen.

- (5) Ist eine BU-Options-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen keine weiteren Erhöhungen zu dieser Zusatzversicherung, wenn die durch Ausüben der BU-Option zu erwerbende monatliche Berufsunfähigkeitsabsicherung 2.000 € erreicht oder überschritten hat. In diesem Fall bezieht sich der Erhöhungs-Prozentsatz gemäß § 1 Abs. 1 nur auf den Beitrag des Vorjahres ohne Beitrag für diese Zusatzversicherung.

- (6) Sind eine Versorger-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod des versicherten Versorgers oder eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei dessen Berufsunfähigkeit eingeschlossen, werden deren Versicherungsleistungen längstens bis zum Ablauf der hierfür jeweils vereinbarten Beitragszahlungsdauer erhöht (siehe § 3 Abs. 2).

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Tarifbeiträge. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person der Kinderinvaliditäts-Versicherung und der ggf. in einer Zusatzversicherung versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Der zusätzliche Beitrag wird für eine Erhöhungsversicherung verwendet. Hierbei handelt es sich um eine gleichartige Versicherung, deren Versicherungsdauer bzw. Beitragszahlungsdauer jeweils gleich der restlichen Versicherungsdauer bzw. Beitragszahlungsdauer der Grundversicherung ist.
- (2) Sind eine Versorger- bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erstreckt sich der Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung auch auf die Erhöhungsbeiträge.

- (3) Ist eine BU-Options-Zusatzversicherung eingeschlossen, so erhöht sich die erwerbbare monatliche Berufsunfähigkeits-Absicherung aus der BU-Options-Zusatzversicherung – vorbehaltlich von § 2 Abs. 5 – im selben Verhältnis wie die monatliche Invaliditätsrente der Hauptversicherung.
- (4) Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die garantierten Rückkaufswerte und die garantierten beitragsfreien Versicherungsleistungen nicht mehr der Übersicht in der Anlage zum Antrag entnommen werden. Die aktualisierten Werte teilen wir Ihnen in dem Nachtrag zu Ihrer Versicherung vor dem Erhöhungstermin mit.
- (5) Die Bestimmungen zur Berechnung der Versicherungsleistungen in Absatz 1 können für künftige Dynamikerhöhungen geändert werden, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und die sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen über Änderungsvorbehalte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unberührt.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kinderinvaliditäts-Versicherung (AVB) sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhungsversicherungen. Entsprechende Anwendung finden die Bestimmungen in den AVB „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ und „Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?“.

- (2) Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen setzen die in den AVB und den Bedingungen zu etwaigen Zusatzversicherungen genannten Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.
- (3) Solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Invalidität der versicherten Person der Kinderinvaliditäts-Versicherung entfällt, werden keine Erhöhungen durchgeführt.

§ 6 Was gilt bei Tod der in der Versorger-Zusatzversicherung versicherten Person bzw. deren Berufsunfähigkeit?

Sind in Ihren Versicherungsvertrag eine Versorger- bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod bzw. Berufsunfähigkeit eines Versorgers eingeschlossen, erfolgen auch Erhöhungen, solange wir die Beitragszahlung wegen Tod bzw. Berufsunfähigkeit der hierbei versicherten Person übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass aufgrund von § 5 Abs. 2 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist oder Sie den Dynamikplan nachträglich ausgeschlossen haben, sofern die Versorger- bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unverändert fortbesteht.

Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung zu Tarif VAN im Rahmen von MEIN ZUKUNFTSPLAN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Was ist Invalidität im Sinne dieser Bedingungen (Erwerbsunfähigkeit, Schulunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit)?	§ 1
Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
Welche Leistungen erbringen wir?	§ 3
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?	§ 8
Was gilt für die Nachprüfung der Invalidität?	§ 9
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Invalidität?	§ 10
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 11
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 12
Was gilt, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland nimmt?	§ 13

§ 1 Was ist Invalidität im Sinne dieser Bedingungen (Erwerbsunfähigkeit, Schulunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit)?

(1) Erwerbsunfähigkeit ab Alter 15 Jahre

Invalidität im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, irgendeiner Erwerbstätigkeit von mehr als drei Stunden täglich nachzugehen oder mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit zu erzielen. Nicht als Erwerbstätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen.

(2) Erwerbsunfähigkeit bis Alter 15 Jahre

Bei einer versicherten Person, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, liegt Invalidität im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befindet, mit dem sie bei bereits vollendetem 15. Lebensjahr erwerbsunfähig im Sinne von Absatz 1 wäre.

(3) Schulunfähigkeit bis Alter 15 Jahre

Bei einer versicherten Person, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, liegt Invalidität im Sinne dieser Bedingungen auch dann vor, wenn die versicherte Person „schulunfähig“ im Sinne der nachstehenden Absätze a) oder b) ist.

- a) „Schulunfähigkeit“ ist dann gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befindet, auf Grund dessen der Besuch der Grundschule oder einer weiterführenden allgemeinen Schule oder einer Förder- oder Sonderschule nicht möglich ist bzw. – vor Erreichen des schulpflichtigen Alters – der Besuch der Grundschule oder der Förder- oder Sonderschule nicht möglich wäre. Nicht als „Schulunfähigkeit“ gilt eine „Zurückstellung“ vor der Einschulung wegen fehlender „Schulreife“.
- b) „Schulunfähigkeit“ ist auch dann gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befand, auf Grund dessen der Besuch der Schule nicht möglich war und sie die Schule auch tatsächlich nicht besucht hat. In diesem Fall gilt die Fortdauer dieses Zustands als Invalidität im Sinne dieser Bedingungen. Als Eintritt der Invalidität gilt in diesem Fall der Beginn des 7. Monats.

(4) Pflegebedürftigkeit ab Alter 15 Jahre

Bei einer versicherten Person, die das 15. Lebensjahr vollendet hat, liegt Invalidität im Sinne dieser Bedingungen auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von § 2 ist.

- (5) Wird uns nachgewiesen, dass ein in Absatz 1, 2 oder 4 beschriebener Zustand für einen Zeitraum von sechs Monaten ununterbrochen vorgelegen hat, gilt dieser Zustand von Beginn an als Invalidität.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Hat die versicherte Person das 15. Lebensjahr vollendet, liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn

- die versicherte Person so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 2 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und wenn dabei mindestens drei Punkte der Tabelle in Absatz 2 erreicht werden oder
- die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung, mit der sie sich oder andere gefährdet, täglicher Beaufsichtigung bedarf oder wenn sie bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

- (2) Bei der Bewertung der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- a) Fortbewegen im Zimmer = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- b) Aufstehen und Zubettgehen = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- c) An- und Auskleiden = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- e) Waschen, Kämmen oder Rasieren = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- f) Verrichten der Notdurft = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht alleine 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 alleine 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.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen führen ebenfalls zu keiner veränderten Bewertung. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

- (3) Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegepflichtversicherung führt nicht automatisch zur Pflegebedürftigkeit im Sinne der Absätze 1 und 2.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung invalide im Sinne von § 1 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der versicherten Invaliditätsrente, und zwar monatlich im Voraus;
- b) Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung.

Die Versicherungsleistungen erbringen wir während der Dauer einer bedingungsgemäßen Invalidität, solange die versicherte Person lebt, die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht längstens jedoch bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Zusatzversicherung. Bestehen die Anspruchsvoraussetzungen beim Erreichen des rechnungsmäßigen Alters*) von 65 Jahren der versicherten Person, zahlen wir die Invaliditätsrente bis zum Tod der versicherten Person. Leistungen aus dieser Zusatzversicherung werden nur bei Eintritt der Invalidität während der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung erbracht. Ansprüche, die durch Eintritt der Invalidität während der Versicherungsdauer entstanden sind, können auch noch bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Ablauf der Versicherungsdauer geltend gemacht werden. Werden später Ansprüche geltend gemacht, besteht kein Anrecht auf eine Leistung.

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Invalidität (§ 1) folgt, es sei denn, aus dem nachstehenden Absatz 2 ergibt sich ein späterer Beginn.
- (2) Wird uns die Invalidität später als drei Jahre nach ihrem Eintritt in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Invalidität folgenden Monats leisten.
- (3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Invaliditätsleistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag zinslos nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine rätierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten erfolgen.
- (4) Der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen erlischt, wenn eine Invalidität gemäß § 1 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 7) oder wenn die versicherte Person stirbt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

*) rechnungsmäßiges Alter 65 = Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Geburtstag, an dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, am nächsten liegt

- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Invalidität verursacht ist

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Invalidität während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.
- b) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- d) durch eine Handlung, mit der der Versicherungsnehmer, ein gesetzlicher Vertreter, Sorgeberechtigter oder eine Aufsichtsperson vorsätzlich die Invalidität der versicherten Person herbeigeführt hat; hierzu gehören auch Handlungen auf Grund von Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen;
- e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
- f) durch Unfälle auf Grund von Bewusstseinsstörungen, soweit sie auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen, sowie durch Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden (Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn das versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat);
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

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

- (1) Wird eine Leistung aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise in deutscher Sprache vorgelegt werden:
 - a) eine Darstellung über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie vorhandene ärztliche Befundberichte;
 - b) eine Aufstellung sowie Berichte und Unterlagen
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei

denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,

- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Invalidität geltend machen könnte,
- c) bei Pflegebedürftigkeit vor Vollendung des 15. Lebensjahres im Sinne von § 1 Abs. 4 eine Kopie des Bescheides der Pflegekasse bzw. Pflegeversicherung.
- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
- (3) Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig befristen, wenn
- sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Invalidität im Sinne dieser Bedingungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
 - die medizinischen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,
 - die versicherte Person eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme absolviert oder eine solche Maßnahme vorgesehen oder beabsichtigt ist.

In unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht werden wir Ihnen die maßgeblichen Gründe für ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis mitteilen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

§ 8 Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?

- (1) Liegt eine Invalidität im Sinne von § 1 dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.
- (2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraumes prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns

nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen Verhältnissen der versicherten Person Invalidität im Sinne von § 1 besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 6. In diesem Fall werden wir § 1 Abs. 5 nicht anwenden.

- (3) Eine Besserung des Gesundheitszustandes, die Wiederaufnahme eines Schulbesuches oder die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Invalidität?

- (1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Invalidität nachzuprüfen; dies gilt nicht bei einem zeitlich begrenzten Anerkenntnis nach § 7. Die Mitwirkungspflichten des § 6 Abs. 1 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die über die Befragung der versicherten Person hinaus entstehenden Kosten von uns zu tragen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit weitere notwendige Nachweise, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, einholen und einmal jährlich Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Invalidität?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 6, 8 oder 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.
- b) Wichtigster Einflussfaktor vor Eintritt einer Invalidität ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Invaliditätsrisiko niedriger sind und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifierkalkulation angenommen.
- c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung von Invaliditätsrisiken. Es stehen daher vor Eintritt einer Invalidität keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können. Erst nach Eintritt

einer Invalidität ist auch die Entwicklung des Kapitalmarkts von größerer Bedeutung.

- d) Aus diesem Grund entstehen vor Eintritt einer Invalidität auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 4) anteilig rechnerisch zu.

(2) Zuordnung Ihres Vertrages

Die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Sofern es sich nicht um eine Versicherung gegen Einmalbeitrag handelt, werden mit jeder Beitragszahlung laufende Überschussanteile zugeteilt, die im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung bemessen und direkt auf die Beitragszahlung angerechnet werden. Dadurch haben Sie statt des Tarifbeitrags nur den grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten.

b) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung sowie bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung gewährt wurden, im Verhältnis zu dem auf die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der ggf. fällige Schluss-Überschussanteil für die verbleibende Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung mit 7,5 % p. a. diskontiert.

c) Laufende Invaliditätsrente

Wird eine Invaliditätsrente gezahlt, werden jährliche Überschussanteile jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres zugeteilt, erstmals, nachdem die Invaliditätsrente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde. Die Zuteilung erfolgt im Verhältnis zu der am Ende des jeweils abgelaufenen Versicherungsjahres vorhandenen Deckungsrückstellung der gesamten Invaliditätsrente. Aus den Zuteilungen werden jeweils sofort beginnende zusätzliche Invaliditätsrenten gebildet.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (Absatz 1d). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrer Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive

Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 3b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 12 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nur fortgesetzt werden, wenn die versicherte Person der Hauptversicherung verstorben ist oder wenn die Hauptversicherung innerhalb der Verfügungsphase beendet wurde.
- (2) Ansprüche aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung können Sie – anders als evtl. bei der Hauptversicherung – nicht abtreten oder verpfänden.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (3) Eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – für sich allein oder zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.
- (4) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 3 erhalten Sie für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern wir keine Leistung aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung erbringen.

Auszahlungsbetrag

- (5) Wir zahlen nach Kündigung den
- Rückkaufswert (Absatz 6, vorbehaltlich Absatz 4),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 7),
 - erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 8).

Rückkaufswert

- (6) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung**) der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe AVB für die Hauptversicherung).

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Abzug

- (7) Wir vereinbaren mit Ihnen – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – einen Abzug von dem gemäß Absatz 6 ermittelten Wert. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen werden. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Überschussbeteiligung

- (8) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 5 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus
- dem Schluss-Überschussanteil (§ 11 Abs. 3b) und
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 11 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

- (9) Die Kündigung der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss (Absatz 6) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Beitragsfreistellung

- (10) Eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen, sofern wir keine Leistung aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung erbringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 6 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Invaliditätsrente auf eine beitragsfreie Invaliditätsrente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode und
 - unter Zugrundelegung des um den Abzug nach Absatz 11 verminderten Rückkaufswertes nach Absatz 6.

Abzug

- (11) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehenden Betrag. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er ange-

messen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (12) Die Beitragsfreistellung der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss (Absatz 6) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Kinderinvaliditätsrente vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Kinderinvaliditätsrente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.
- (13) Eine Fortführung der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 10 ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Anderenfalls wird der wie in Absatz 10 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.
- (14) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3 bis 13 entsprechend.
- (15) Ansprüche aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Invalidität beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung nicht berührt.

§ 13 Was gilt, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland nimmt?

- (1) Der Versicherungsschutz aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung gilt weltweit.
- (2) Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in ein Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, können wir verlangen, dass die gemäß §§ 6, 8 und 9 erforderlichen Nachweise in deutscher Sprache vorgelegt und ärztliche Untersuchungen in Deutschland vorgenommen werden. In diesem Fall übernehmen wir die Kosten der ärztlichen Untersuchung, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten. Als gewöhnlicher Aufenthalt ist ein zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von mehr als sechs Monaten Dauer anzusehen, kurzfristige Unterbrechungen bleiben unberücksichtigt.

Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Kinderinvaliditäts-Versicherungen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

im Rahmen der Überschussbeteiligung bieten wir Ihnen Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Anlagestock/Anlagestöcke) entsprechend der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung. Die Anlagestöcke werden jeweils in einer gesonderten Abteilung unseres Sicherungsvermögens überwiegend in Wertpapieren (Fondsanteile) angelegt und in Anteilseinheiten aufgeteilt. Eine Übersicht über die zur Verfügung stehenden Fonds finden Sie in den Informationen für den Versicherungsnehmer.

Inhaltsverzeichnis

Wie berechnet sich der Wert der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten?	§ 1
Können Sie die Aufteilung der Anlagebeträge (Anlagesplitting) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel)?	§ 2
Was geschieht, wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilscheinen einstellt?	§ 3
Unter welchen Voraussetzungen können Sie von der fondsgebundenen Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung in eine nicht fondsgebundene Verwendungsform für die jährlichen Überschussanteile wechseln?	§ 4

§ 1 Wie berechnet sich der Wert der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten?

- (1) Die jährlichen Überschussanteile, die Ihrer Versicherung vor Eintritt einer Invalidität zugeteilt werden (siehe § 4 Abs. 4 AVB), rechnen wir entsprechend der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung in Anteilseinheiten der zugehörigen Anlagestöcke der einzelnen Fonds um, soweit und solange diese angeboten werden. Hierbei legen wir die am letzten Stichtag vor der jeweiligen Fälligkeit festgestellten Werte der Anteilseinheiten zugrunde. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Die in Anteilseinheiten umzurechnenden Überschussanteile bezeichnen wir als Anlagebeträge, die Ihrer Versicherung aus der Überschussbeteiligung zugeteilten Anteilseinheiten als Überschussguthaben (Fondsguthaben) Ihrer Versicherung; dieses ist untergliedert in Teil-Fondsguthaben entsprechend Ihrer Wahl der zugrunde liegenden Anlagestöcke.
- (2) Als Stichtag gilt der letzte Börsentag des betreffenden Monats.
- (3) Der Wert einer Anteilseinheit pro Anlagestock richtet sich nach der Wertentwicklung des entsprechenden Anlagestocks. Den Wert einer Anteilseinheit ermitteln wir dadurch, dass der gesamte Geldwert des Anlagestocks am jeweiligen Stichtag durch die Anzahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Anteilseinheiten des Anlagestocks geteilt wird. Investmentfondsanteile werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt.
- (4) Die von den Fondsgesellschaften ausgeschütteten Erträge aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten fließen unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu und ergeben damit zusätzliche Anteilseinheiten. Diese schreiben wir den einzelnen Versicherungen im Verhältnis ihrer jeweiligen Fondsguthaben gut.
- (5) Den Geldwert des Fondsguthabens einer Versicherung ermitteln wir dadurch, dass die Anzahl der hierauf entfallenden Anteilseinheiten mit dem zum Stichtag des Vormonats ermittelten Wert einer Anteilseinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird; § 2 Abs. 3 bleibt unberührt.
- (6) Endet Ihre Versicherung durch Ablauf oder Kündigung, legen wir zur Ermittlung des Geldwertes des Fondsguthabens den Stichtag des letzten Versicherungsmonats zugrunde. Ist der Wert des Fondsguthabens im Todesfall zu ermitteln, wird der Stichtag des Monats herangezogen, der diesem Zeitpunkt vorangegangen ist. In jedem dieser Fälle behalten wir uns jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, nachdem wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (7) Vertragliche Leistungen aus der Überschussbeteiligung erbringen wir in Geld. Auf Antrag des Bezugsberechtigten erbringen wir diese bis zur Höhe des Fondsguthabens in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagestöcke. Bei Leistungen in Wertpapieren hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Bei einer Übertragung von Wertpapieren in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

- (8) Da die Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke nicht voraussehen ist, können wir einen bestimmten Geldwert der sich hieraus ergebenden Leistungen nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der Wertpapiere der Anlagestöcke einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass der Wert des Fondsguthabens je nach Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke höher oder niedriger ausfallen wird.
- (5) Investmentfonds, die bei Vertragsabschluss noch nicht zur Auswahl standen, können auf Ihren Wunsch ebenfalls in das Anlagesplitting oder in Fondswechsel einbezogen werden. Voraussetzung dabei ist, dass Ihnen diese Fonds für Ihren Vertrag zur Verfügung stehen und dass hierfür bei uns Anlagestöcke geführt werden. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die Sie Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde legen können, können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.
- (6) Wir können die Auswahl der zur Verfügung stehenden Fonds auch für bestehende Verträge ändern.

§ 2 Können Sie die Aufteilung der Anlagebeträge (Anlagesplitting) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel)?

- (1) Zu jedem Zeitpunkt, an dem Überschussanteile dem Fondsguthaben zugeführt werden, können Sie grundsätzlich die prozentuale Aufteilung der künftigen Anlagebeträge auf die Investmentfonds – soweit und solange diese angeboten werden – ändern (Änderung des Anlagesplittings = Switch). Dabei können Sie aus den zur Verfügung stehenden Fonds insgesamt bis zu zehn dieser Fonds wählen. Die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig Überschussanteile angelegt werden oder in denen Anteilguthaben vorhanden ist, darf zu keinem Zeitpunkt mehr als zehn betragen. Sind im Rahmen einer Änderung des Anlagesplittings mehr als zehn Fonds (vor und nach Änderung des Anlagesplittings) beteiligt, muss deshalb vor oder gleichzeitig mit der Änderung des Anlagesplittings ein Fondswechsel im Sinne von Absatz 2 durchgeführt werden. Ist ein Fondswechsel erst nach einem Zuführungszeitpunkt gewünscht oder – aufgrund des frühestmöglichen Termins gemäß Absatz 2 – möglich, wird die Änderung des Anlagesplittings erst zur nächsten auf den Fondswechsel folgenden Überschusszuteilung durchgeführt. Für das Anlagesplitting sind alle ganzzahligen Prozentsätze, mindestens 10 % pro gewähltem Fonds, zulässig.
- (2) Darüber hinaus können Sie jederzeit die zugrunde zu liegenden Anlagestöcke neu bestimmen. Dazu wird der Geldwert des Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu bestimmten Anlagestöcke – soweit und solange hierfür Fondsanteile verfügbar sind – übertragen (Fondswechsel = Shift) und in Anteileneinheiten der neu bestimmten Anlagestöcke umgerechnet. Bei einem Fondswechsel darf die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig Überschussanteile angelegt werden oder in denen Anteilguthaben vorhanden ist, zu keinem Zeitpunkt mehr als zehn betragen (Absatz 1). Die teilweise oder vollständige Übertragung von Anteilguthaben auf Anlagestöcke, die Ihrer Versicherung bereits zugrunde liegen, gilt ebenfalls als Fondswechsel. Bei einem Fondswechsel bleiben die Daten zu Ihrer Versicherung (Beginn, Ablauf, Beitrag, garantierte Leistungen) unverändert. Wir behalten uns jedoch vor, einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (3) Sowohl bei der Ermittlung des Geldwertes des zu übertragenden Fondsguthabens als auch bei der Ermittlung der Anzahl der Anteileneinheiten des neu bestimmten Anlagestocks (der neu bestimmten Anlagestöcke) legen wir abweichend von § 1 als Stichtag grundsätzlich den von Ihnen gewünschten Termin für den Fondswechsel, jedoch frühestens den zweiten Börsentag zugrunde, der auf den Eingang Ihres Antrags auf Fondswechsel bei uns, der AachenMünchener Lebensversicherung AG, folgt.
- (4) Änderungen des Anlagesplittings sowie Fondswechsel werden kostenlos durchgeführt.

§ 3 Was geschieht, wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilscheinen einstellt?

- (1) Beabsichtigt eine Fondsgesellschaft einen Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Fonds zu schließen und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilscheinen eines Fonds aussetzen oder endgültig einzustellen und kündigt sie dies rechtzeitig vorher an, werden wir Sie hierüber sowie über den geplanten Termin mindestens vier Wochen vorher schriftlich informieren. Gleichzeitig werden wir Sie bitten, einen Ersatzfonds für eine kostenlose Anpassung des Anlagesplittings und einen Fondswechsel im Sinne von § 2 Abs. 1 und 2 festzulegen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die für Ihren Vertrag in Frage kommen, ist bei uns jederzeit erhältlich. Erhalten wir vor dem Termin, zu dem die Fondsgesellschaft die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilscheinen aussetzt oder einstellt, von Ihnen keine Nachricht, werden wir gemäß nachstehendem Absatz 2 verfahren.
- (2) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Fonds schließt und/oder die Ausgabe bzw. Rücknahme von Anteilscheinen eines Fonds aussetzt oder endgültig einstellt, ohne dies vorher anzukündigen, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds nach billigem Ermessen durch einen anderen möglichst gleichartigen, dem bisherigen Anlageprofil entsprechenden Fonds zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall einer kurzfristigen Ankündigung, so dass eine vorherige Information nach Absatz 1 nicht mehr rechtzeitig möglich ist.
- (3) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds auflöst und mit einem anderen Fonds zusammenlegt (Fondsfusion), werden wir Sie hierüber schriftlich informieren. In diesem Fall gilt der aufnehmende Fonds als Ersatzfonds.
- (4) Die Ersetzung des Fonds gemäß Absatz 1, 2 oder 3 ist für Sie kostenlos. Der neue Fonds (Ersatzfonds) in Ihrem Vertrag wird sowohl für die Umrechnung künftiger Anlagebeträge (Änderung des Anlagesplittings) als auch für die notwendige Umschichtung der Anteileneinheiten des Fondsguthabens des betroffenen Fonds (Fondswechsel) verwendet. Den Ersatzfonds und den Stichtag der Umschichtung werden wir Ihnen schriftlich mitteilen.
- (5) Sie können stattdessen innerhalb von vier Wochen nach Erhalt unseres Schreibens kostenlos einen anderen Fondswechsel gemäß § 2 Abs. 2 sowie eine andere Anpassung des Anlagesplittings gemäß § 2 Abs. 1 vornehmen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die für Ihren Vertrag in Frage kommen, ist bei uns jederzeit erhältlich.
- (6) Wir behalten uns in jedem Fall jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens des zu ersetzenden Fonds erst dann zu ermitteln und einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände des betreffenden Anlagestocks an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (7) Sofern und solange nach der Schließung eines Fonds oder der Einstellung der Ausgabe von Anteilscheinen eines Fonds keine Änderung des Anlagesplittings gemäß

Absatz 1 oder 2 vorgenommen wurde, können wir die auf den betreffenden Fonds entfallenden Anlagebeträge gemäß § 1 Abs. 1 sowie evtl. Ertragsausschüttungen der Fondsgesellschaften gemäß § 1 Abs. 4 mit dem zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden Zinssatz für die Berechnung der garantierten Deckungsrückstellung neu abzuschließender Versicherungsverträge verzinslich ansammeln.

- (8) Über sonstige Veränderungen bei den Investmentfonds, wie beispielsweise Änderungen des Fondsnamens, werden wir Sie im Rahmen unserer jährlichen Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung unterrichten.
- (9) Außer bei den in Absatz 1, 2 und 3 genannten Anlässen werden wir Fondswechsel auf unsere Initiative hin nicht durchführen.

§ 4 Unter welchen Voraussetzungen können Sie von der fondsgebundenen Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung in eine nicht fondsgebundene Verwendungsform für die jährlichen Überschussanteile wechseln?

- (1) Sie können durch schriftliche Erklärung mit Frist von einem Monat zum Monatsende von der fondsgebundenen Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung in die Verwendungsform „verzinsliche Ansammlung“ der Überschussanteile wechseln.

- (2) In diesem Fall wird das vorhandene Fondsguthaben nicht mehr in Anteileneinheiten der Anlagestöcke in gesonderten Abteilungen unseres Sicherungsvermögens geführt, sondern in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt und verzinst. Dazu wird der Geldwert des vorhandenen Fondsguthabens ermittelt, indem die Anzahl der hierauf entfallenden Anteileneinheiten mit dem zum Stichtag des Monats des Wechsels ermittelten Wert einer Anteileneinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird. Wir behalten uns jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, nachdem wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke veräußert haben. Diese Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.

- (3) Ferner werden die künftigen auf Ihre Versicherung entfallenden jährlichen Überschussanteile (siehe § 4 Abs. 4 AVB) nicht mehr gemäß § 1 dieser Besonderen Bedingungen in Anteileneinheiten umgerechnet, sondern stattdessen verzinslich angesammelt.

- (4) Statt dieser Besonderen Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Kinderinvaliditäts-Versicherungen gelten dann die Regelungen zur verzinslichen Ansammlung der Überschussanteile in § 4 Abs. 4 AVB.

Bedingungen für die Versorger-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod des Versorgers

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die Versorger-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod des versicherten Versorgers (im Folgenden: Versorger-Zusatzversicherung) gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Versorger-Zusatzversicherung?	§ 3
Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 4
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung und einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung?	§ 7

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Stirbt die versicherte Person der Versorger-Zusatzversicherung während der vereinbarten Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung, so erbringen wir als Versicherungsleistung die volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für den Versicherungsvertrag, zu dem die Versorger-Zusatzversicherung eingeschlossen ist. Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erstreckt sich jedoch nicht auf solche Haupt- oder Zusatzversicherungen, für die bei Tod der versicherten Person der Versorger-Zusatzversicherung ohnehin keine Beiträge mehr fällig sind. Die Versicherungsleistung erbringen wir bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer der Kinderinvaliditäts-Versicherung bzw. der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung.
- (2) Ist in Ihren Versicherungsvertrag der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung der Versorger-Zusatzversicherung auch Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen und dem hierzu vereinbarten jährlichen Prozentsatz, wenn und solange wegen Todes der versicherten Person der Versorger-Zusatzversicherung die Beitragszahlungspflicht entfällt.
- (3) Erbringen wir Leistungen aus der Versorger-Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung und evtl. weiteren Zusatzversicherungen (Höhe der versicherten Leistung, Höhe der Überschussanteile, Leistung bei Kündigung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.
- b) Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Sterblichkeit niedriger ist und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt.
- c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung des Risikos. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.
- d) Aus diesem Grund entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 4) anteilig rechnerisch zu.

(2) Zuordnung Ihres Vertrags

Die Versorger-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherungsvertrag gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

- a) Bei Zusatzversicherungen mit laufender Beitragszahlung setzt die Überschussbeteiligung mit dem Beginn der Zusatzversicherung ein. Sie erhalten laufende Überschussanteile, die wir auf Ihre Beitragszahlungen anrechnen, so dass Sie statt des Tarifbeitrags nur einen grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten haben. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung wird im Verhältnis zum Tarifbeitrag der Versorger-Zusatzversicherung (einschließlich eines evtl. Risikozuschlags) bemessen. Entfällt für eine Versorger-Zusatzversicherung aufgrund einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in deren Leistungsfall die Beitragszahlungspflicht, teilen wir zu Beginn der Monate, die der früheren Beitragszahlungsweise entsprechen, laufende Überschussanteile im Verhältnis zum letzten für die Versorger-Zusatzversicherung maßgebenden Tarifbeitrag zu. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versorger-Zusatzversicherung ausgezahlt.
- b) Darüber hinaus kann bei Beendigung der Versorger-Zusatzversicherung für die Zeit, in der wir infolge Todes der versicherten Person der Versorger-Zusatzversicherung die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erbracht haben, ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Er wird dann für jedes dieser Jahre im Verhältnis zur jeweiligen jährlichen Versicherungsleistung der Versorger-Zusatzversicherung bemessen

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Versorger-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (Absatz 1d). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrer Versorger-Zusatzversicherung dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre Versorger-Zusatzversicherung entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 3b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Versorger-Zusatzversicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

(5) Keine Garantie der Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbe-

teilung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 3 Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Versorger-Zusatzversicherung?

- (1) Die Versorger-Zusatzversicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtraucherertrag abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.
- (2) Ist für diese Zusatzversicherung der Nichtraucherertrag vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

Nichtraucher ist, wer in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung keine Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeife geraucht hat und keine elektrischen Zigaretten, elektrischen Zigarren, elektrischen Zigarillos oder elektrischen Pfeifen benutzt hat.

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, auf unsere Fragen in Textform uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie kein Nichtraucher im Sinne von Absatz 2a, also Raucher sind. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Zu den Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht siehe die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung.

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, Raucher geworden ist, also eine Zigarette, Zigarre, Pfeife oder ein Zigarillo geraucht hat oder eine elektrische Zigarette, elektrische Zigarre, elektrische Pfeife oder ein elektrisches Zigarillo benutzt hat. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Abgabe der Vertragserklärung ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Ist eine andere Person versichert, so ist auch diese – neben Ihnen – dafür verantwortlich, dass nach Abgabe der Vertragserklärung keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

Nimmt die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen.

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

• Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2c vorgenommen, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen. Eine Beitragserhöhung ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist.

Wenn Sie oder die versicherte Person eine Gefahrerhöhung entsprechend Absatz 2c nachträglich erkennen und uns dies nicht angezeigt wird, können wir die vorgenannte Beitragserhöhung

auch dann vornehmen, wenn die Gefahrerhöhung unverschuldet ist.

Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

Eine Beitragserhöhung hat keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherten Leistung. Falls wir den Beitrag für die Zusatzversicherung um mehr als 10 % erhöhen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung unserer Beitragserhöhung fristlos kündigen.

- **Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung**

Wurde vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung ohne unsere Einwilligung vorsätzlich vorgenommen und wurde uns dies nicht unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt, beschränkt sich die Höhe der versicherten Leistung bei Tod der versicherten Person auf ein Drittel der vereinbarten Leistung gemäß § 1. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war. Wir werden uns im Fall der Gefahrerhöhung nicht auf die Leistungsverringerung berufen, wenn zwischen Gefahrerhöhung und Eintritt des Versicherungsfalles mehr als zehn Jahre vergangen sind.

- (3) Ist für diese Zusatzversicherung der Rauchertarif vereinbart und sollte die versicherte Person nach Vertragsschluss Nichtraucher geworden sein, sind wir auf Ihren Wunsch hin bereit, nach ergänzender Risikoeinschätzung den Wechsel in eine Versorger-Zusatzversicherung nach Nichtrauchertarif zu prüfen. Als Nichtraucher gilt die versicherte Person dabei, wenn sie in den letzten zwölf Monaten vor dem Wunsch eines Tarifwechsels die Kriterien für einen Nichtraucher erfüllt hat, die wir nach Absatz 2 a) bei Antragstellung zugrunde legen, und sie beabsichtigt, auch in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

§ 4 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 in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich unsere Leistung auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes ohne Berücksichtigung des Abzugs (siehe § 7 Absätze 4 und 6). Unsere Leistung vermindert 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. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn der Tod während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.
- (3) In folgenden Fällen vermindert sich unsere Leistung auf die in Absatz 2 Satz 2 genannte Leistung: Die versicher-

te Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss dabei darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir – soweit entstanden – den für den Todestag berechneten Rückkaufswert ohne Berücksichtigung des Abzugs (siehe § 7 Absätze 4 und 6). Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.
- (3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung der Zusatzversicherung erweitert wird oder die Zusatzversicherung wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

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

- (1) Leistungen aus dieser Zusatzversicherung erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins.
- (2) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Zusätzlich muss uns eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben.
- (3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht.
- (4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.
- (5) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung und einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung?

- (1) Die Versorger-Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Die Versorger-Zusatzversicherung erlischt spätestens mit Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung.

Kündigung der Versorger-Zusatzversicherung

- (2) Eine Versorger-Zusatzversicherung können Sie zu jedem Beitragsfälligkeitstermin kündigen. Ihre Kündigung der Versorger-Zusatzversicherung bedeutet gleichzeitig die Kündigung einer eventuell ebenfalls eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit des Versorgers.

Auszahlungsbetrag

- (3) Wir zahlen nach Kündigung den
- Rückkaufswert (Absatz 4 und 6),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 5) und
 - erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 7).
- (4) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Versorger-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Vertragsdauer der Versorger-Zusatzversicherung kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Vertragsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe AVB für die Hauptversicherung).

Abzug

- (5) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 4 ermittelten Wert. Der Abzug wird in einem von dem Eintrittsalter der versicherten Person, ihrer Zuordnung zu Rauchern bzw. Nichtrauchern und der Versicherungsdauer abhängigen Verhältnis zu der Summe der Leistungen aus der Versorger-Zusatzversicherung bemessen, die im Falle des Todes zum Kündigungstermin noch fällig geworden wären; die Höhe des Abzugs beziffern wir in der Anlage zu Ihrem Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird; zudem werden damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

- (6) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 4 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der

sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

- (7) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus
- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, verzinslich angesammelten Überschussanteilen (§ 2 Abs. 3a), soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 bis 6 berechneten Betrag enthalten sind und
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 2 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

- (8) Die Kündigung der Versorger-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben: Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Beitragsfreistellung

- (9) Bei vorzeitiger Beitragsfreistellung der Versorger-Zusatzversicherung wird diese beendet. Ein eventueller vorhandener Betrag wird dazu verwendet, die Versicherungsleistungen der Hauptversicherung zu erhöhen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Rückkaufswert der Versorger-Zusatzversicherung gemäß Absatz 4, vermindert um den Abzug gemäß Absatz 10, positiv ist. Der aus der Versorger-Zusatzversicherung verfügbare Betrag wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
 - unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 4), der eventuellen verzinslich angesammelten Überschussanteile (siehe § 3 Abs. 3a) und der vorhandenen, der Zusatzversicherung zugeordneten Bewertungsreserven (siehe § 2 Abs. 4) und
 - vermindert um den Abzug (Absatz 10).

Ihre vorzeitige Beitragsfreistellung der Versorger-Zusatzversicherung beendet in gleicher Weise eine eventuell ebenfalls eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit des Versorgers.

Abzug

- (10) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem aus der Versorger-Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistung zur Verfügung stehenden Betrag. Der Abzug wird in einem von dem Eintrittsalter der versicherten Person, ihrer Zuordnung zu Rauchern bzw. Nichtrauchern und der Versicherungsdauer abhängigen Verhältnis zu der Summe der Leistungen aus der Versorger-Zusatzversicherung bemessen, die im Falle des Todes zum Beitragsfreistellungstermin noch fällig geworden wären; die Höhe des Abzugs beziffern wir in der Anlage zu Ihrem Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungs-

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

mathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (11) Die Beitragsfreistellung der Versorger-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicher-

ten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine Erhöhung der Versicherungsleistung der Hauptversicherung vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungsleistung können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Bedingungen für die Options-Zusatzversicherung auf späteren Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (BU-Options-Zusatzversicherung)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die BU-Options-Zusatzversicherung nach Tarif BO mit Recht auf späteren Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Was bedeutet die BU-Option?	§ 1
Wann können Sie die BU-Option ausüben?	§ 2
Welche Bestimmungen gelten für die Berufsunfähigkeitsabsicherung bei Ausübung der BU-Option?	§ 3
In welchen Fällen ist die Option ausgeschlossen?	§ 4
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 5
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 6

§ 1 Was bedeutet die BU-Option?

- (1) Sie haben vorbehaltlich § 4 das Recht, auf das Leben der versicherten Person bei unserer Gesellschaft eine bei Ausübung der BU-Option im Rahmen unserer Produktpalette angebotene Berufsunfähigkeitsabsicherung (selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu einer bestehenden oder neu abzuschließenden Versicherung) abzuschließen. Zu deren Abschluss prüfen wir nicht erneut den Gesundheitszustand der versicherten Person. Für die Berufsunfähigkeitsabsicherung legen wir vielmehr die Erkenntnisse aus der Gesundheitsprüfung vor Abschluss dieser BU-Options-Zusatzversicherung zugrunde.
- (2) Sofern der Versicherungsnehmer in Textform auf sein Recht verzichtet, auf das Leben der versicherten Person eine Absicherung gemäß Absatz 1 ohne erneute Gesundheitsprüfung dieser Person abzuschließen, steht dieses Recht der versicherten Person selbst zu.
- (3) Die BU-Options-Zusatzversicherung endet jedenfalls an ihrem vereinbarten Ablauffermin. Mit der Ausübung der BU-Option sowie bei Tod der versicherten Person erlischt die BU-Options-Zusatzversicherung vorzeitig.
- (4) Eine Kapital- oder Rentenzahlung ist mit dieser BU-Options-Zusatzversicherung nicht vereinbart und wird zu keinem Zeitpunkt fällig. Auch bei Kündigung oder vorzeitiger Beitragsfreistellung der BU-Options-Zusatzversicherung wird grundsätzlich keine Leistung fällig. Hiervon gibt es nur folgende Ausnahmen: Die BU-Options-Zusatzversicherung endet und wir erstatten den Auszahlungsbetrag gemäß § 6 Abs. 4 (siehe § 6 Abs. 3), soweit ein solcher vorhanden ist,
 - wenn die BU-Options-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung bis fünf Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der BU-Options-Zusatzversicherung gekündigt wird oder

- wenn nach Kündigung oder Beitragsfreistellung der BU-Options-Zusatzversicherung – ohne gleichzeitige Beitragsfreistellung der Hauptversicherung – die herabgesetzte Höhe der BU-Options-Zusatzversicherung nicht den Mindestbetrag von monatlich 25 € als Höhe der ohne Gesundheitsprüfung abschließbaren Berufsunfähigkeitsabsicherung erreicht.

§ 2 Wann können Sie die BU-Option ausüben?

- (1) Die Option zum Abschluss der Berufsunfähigkeitsabsicherung muss entweder
 - innerhalb von sechs Monaten nach erstmaliger Aufnahme einer Berufsausbildung oder eines Studiums durch die versicherte Person (je nachdem, welches dieser beiden Ereignisse zuerst eintritt) oder
 - innerhalb von sechs Monaten nach erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person oder
 - innerhalb von sechs Monaten nach Vollendung des 30. Lebensjahres der versicherten Person
 ausgeübt werden. Als berufliche Tätigkeit gilt hierbei auch eine selbstständige Tätigkeit; auch der Beginn der ersten beruflichen Tätigkeit nach abgeschlossener Ausbildung oder Studium ist eine erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Nicht als berufliche Tätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen.
- (2) Der Beginn der künftigen Berufsunfähigkeitsabsicherung ist nur mit Wirkung ab Beginn eines Kalendermonats möglich und muss innerhalb der in Absatz 1 genannten Frist liegen. Über Ihren Wunsch auf Ausübung der BU-Option müssen Sie uns rechtzeitig vorher in Textform informieren (z. B. durch Brief, E-Mail oder mit einem von uns angebotenen Antragsformular).

§ 3 Welche Bestimmungen gelten für die künftige Berufsunfähigkeitsabsicherung bei Ausübung der BU-Option?

- (1) Für die vertraglichen Bestimmungen sowie die Höhe der Leistungen und des Beitrags der aus der BU-Option folgenden Berufsunfähigkeitsabsicherung sind die bei Ausübung der BU-Option geltenden Tarife für eine Berufsunfähigkeitsabsicherung und deren Versicherungsbedingungen maßgeblich. Die Höhe des Beitrags der Berufsunfähigkeitsabsicherung kann insbesondere von der dann gewünschten Höhe der Absicherung, ihrer Versicherungsdauer, vom dann ausgeübten Beruf der versicherten Person und der Frage abhängen, ob sie Raucher oder Nichtraucher ist.
- (2) Wenn wir zum Zeitpunkt der Ausübung der Option neben der Berufsunfähigkeitsabsicherung auch andere Formen einer finanziellen Absicherung der menschlichen Arbeitskraft anbieten, kann anstelle einer Berufsunfähigkeitsabsicherung auch eine solche andere Form der Absicherung der Arbeitskraft ohne erneute Prüfung des Gesundheitszustandes der versicherten Person abgeschlossen werden. Die Wahl eines Tarifs zur Berufsunfähigkeitsabsicherung, der zusätzlich zu Leistungen bei Berufsunfähigkeit auch Leistungen bei Anlässen vorsieht, die über den Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 172 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes hinausgehen, ist nicht möglich.
- (3) Die Höhe der mit der künftigen Berufsunfähigkeitsabsicherung versicherbaren monatlichen Leistungen, einschließlich eventueller, nicht garantierter Leistungen aus der Überschussbeteiligung ist begrenzt durch die mit dieser Options-Zusatz-Versicherung vereinbarte Höhe. Mit der künftigen Berufsunfähigkeitsabsicherung leisten wir
 - eine monatliche Rente sowie
 - die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, jeweils bezogen auf den Zeitraum eines Monats, für alle bestehenden Versicherungsverträge, für die dies vereinbart ist.Voraussetzung der Leistungen der künftigen Berufsunfähigkeitsabsicherung ist der Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person im Sinne der vereinbarten Versicherungsbedingungen während der Vertragslaufzeit der künftigen Berufsunfähigkeitsabsicherung.
- (4) Die Versicherungsdauer und die Leistungsdauer der künftigen Berufsunfähigkeitsabsicherung werden mit ihrem Abschluss vereinbart. Sie müssen sich innerhalb des Rahmens bewegen, den der Tarif der Berufsunfähigkeitsabsicherung für den dann ausgeübten Beruf vorsieht.
- (5) Der Abschluss der künftigen Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung muss in Textform (z. B. durch Brief, E-Mail oder einem von uns angebotenen Antragsformular) beantragt werden. Dem Antrag muss ein geeigneter Nachweis der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 zum zulässigen Optionstermin beigelegt werden.

§ 4 In welchen Fällen ist die Option ausgeschlossen?

Das Recht auf Abschluss der Berufsunfähigkeitsabsicherung bzw. einer anderen Form der Arbeitskraftabsicherung gemäß § 3 Abs. 2 ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht nicht oder erlischt,

- wenn aus einem Vertrag bei unserer Gesellschaft Leistungen
 - o wegen Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Schulunfähigkeit,
 - o wegen des Eintritts einer in einem solchen Vertrag versicherten schweren Krankheit oder
 - o wegen der in einem solchen Vertrag versicherten Beeinträchtigung einer körperlichen Grundfähigkeit der versicherten Person

beantragt oder erbracht werden oder wurden oder

- wenn die versicherte Person im Zeitpunkt der Ausübung der Option bereits berufsunfähig im Sinne der dann für die künftige Berufsunfähigkeitsabsicherung maßgeblichen Bedingungen ist; entsprechend darf auch bei einer anderen gewünschten Form der Absicherung der Arbeitskraft (siehe § 3 Abs. 2) der Versicherungsfall noch nicht eingetreten sein, oder
- wenn die versicherte Person einen im Rahmen der von uns angebotenen Berufsunfähigkeitsabsicherung nicht versicherbaren Beruf ausübt. Zum Optionszeitpunkt werden wir dann prüfen, ob wir für die versicherte Person eine andere Form einer Absicherung der Arbeitskraft ohne erneute Gesundheitsprüfung anbieten können.

§5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.
- b) Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko niedriger sind und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tariffkalkulation zugrunde gelegt.
- c) Soweit Bewertungsreserven entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 4) anteilig rechnerisch zu.

(2) Zuordnung Ihres Vertrags

Die BU-Options-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Bei beitragspflichtigen Versicherungen werden mit jeder Beitragszahlung laufende Überschussanteile zugeteilt, die im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die BU-Options-Zusatzversicherung bemessen und direkt auf die Beitragszahlung angerechnet werden. Dadurch haben Sie statt des Tarifbeitrags nur den grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten.

b) Verzinsliche Ansammlung

Versicherungen, deren Beitragszahlungsdauer planmäßig abgelaufen ist, erhalten ebenfalls laufende Überschussanteile. Sie werden dann nach dem früheren Beitrag und der früheren Beitragszahlungsweise bemessen und am Ende eines jeden Versicherungsjahres zugeteilt. Die Überschussanteile in der planmäßig beitragsfreien Zeit werden verzinslich angesammelt. Durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherungen erhalten in der vorzeitig beitragsfreien Zeit keine weiteren laufenden Überschussanteile.

Bei Versicherungsverträgen, zu denen gleichzeitig eine Versorger-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod des Versorgers oder eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit des Versorgers eingeschlossen ist, wird die Überschussverwendungsart der BU-Options-Zusatzversicherung während der Beitragsbefreiung nach Tod bzw. wegen Berufsunfähigkeit des Versorgers auf verzinsliche Ansammlung umgestellt.

Das verzinslich angesammelte Überschussguthaben wird bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der BU-Options-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (Absatz 1c). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrer BU-Options-Zusatzversicherung dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre BU-Options-Zusatzversicherung entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt oder zur Erhöhung der Leistungen aus der Hauptversicherung verwendet, sofern diese beitragsfrei weiterbesteht. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen.

(5) Keine Garantie der Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die BU-Options-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), grundsätzlich eine Einheit. Ohne die Hauptversicherung kann die BU-Options-Zusatzversicherung nur fortgesetzt werden, wenn die für sie vereinbarte Beitragszahlungsdauer bereits abgelaufen ist oder sie gemäß Absatz 3 bzw. Absatz 9 bis 11 beitragsfrei ist.

Kündigung der BU-Options-Zusatzversicherung

- (2) Eine BU-Options-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.
- (3) Bei Kündigung der BU-Options-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung später als fünf Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der BU-Options-Zusatzversicherung sowie bei Kündigung der BU-Options-Zusatzversicherung für sich allein wird sie grundsätzlich mit einer herabgesetzten Versicherungsleistung beitragsfrei bis zur Ausübung der BU-Option bzw. bis zum vereinbarten Ablauftermin fortgeführt. Die Option ist dann auf den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung, aber mit herabgesetzten Leistungen gerichtet (siehe Absatz 9). Die herabgesetzte Höhe der ohne Gesundheitsprüfung mit der künftigen Berufsunfähigkeitsabsicherung versicherbaren Leistung gemäß § 3 Abs. 3 muss den Mindestbetrag von monatlich 25 € erreichen (siehe § 1 Abs. 4). Andernfalls endet die BU-Options-

Zusatzversicherung mit ihrer Kündigung und wir erstatten – soweit vorhanden – den Auszahlungsbetrag gemäß Absatz 4. Bei Kündigung der BU-Options-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung bis fünf Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der BU-Options-Zusatzversicherung endet die BU-Options-Zusatzversicherung mit der Kündigung und wir erstatten – soweit vorhanden – den Auszahlungsbetrag gemäß Absatz 4.

Auszahlungsbetrag

- (4) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 3 zahlen wir den
 - Rückkaufswert (Absatz 5),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 6),
 - erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 7).

Rückkaufswert

- (5) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der BU-Options-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Dauer der BU-Options-Zusatzversicherung kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Dauer der BU-Options-Zusatzversicherung. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe AVB für die Hauptversicherung).

Abzug

- (6) Wir vereinbaren mit Ihnen – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – bei Kündigung der BU-Options-Zusatzversicherung einen Abzug von dem gemäß Absatz 5 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt die dreifache vereinbarte Höhe der monatlichen Berufsunfähigkeitsleistung, die gemäß § 3 Abs. 3 bei Ausübung der BU-Option ohne erneute Gesundheitsprüfung versichert werden kann. Den Betrag dieses Abzugs beziffern wir in der Anlage zu Ihrem Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen und damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Überschussbeteiligung

- (7) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 4 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus
 - den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, nach § 5 Abs. 3b verzinslich angesammelten Überschussanteilen, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 5 bis 6 berechneten Betrag enthalten sind, und
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 5 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Hinweis

- (8) Die Kündigung der BU-Options-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Bei Kündigung der BU-Options-Zusatzversicherung wird grundsätzlich keine Leistung fällig (siehe § 1 Abs. 4). Lediglich unter den Voraussetzungen des Absatzes 3 ist ein nur geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Beitragsfreistellung der BU-Options-Zusatzversicherung

- (9) Eine BU-Options-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein beitragsfrei stellen. Auch die Kündigung der BU-Options-Zusatzversicherung führt grundsätzlich zu ihrer beitragsfreien Fortführung (siehe Absatz 3). Die BU-Options-Zusatzversicherung wird beitragsfrei fortgeführt, wenn dafür nach der Ermittlung des Rückkaufswertes gemäß Absatz 5 und dessen Minderung um den Abzug gemäß Absatz 10 ein positiver Wert verbleibt. Dann setzen wir die Höhe der ohne erneute Gesundheitsprüfung mit der künftigen Berufsunfähigkeitsabsicherung versicherbaren Leistungen gemäß § 3 Abs. 3 herab. Die reduzierte Höhe dieser Leistungen wird berechnet
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
 - unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 5),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 10).

Der für die Bildung der beitragsfreien BU-Options-Zusatzversicherung zur Verfügung stehende Betrag mindert sich gegebenenfalls um rückständige Beiträge. Wenn Sie die BU-Options-Zusatzversicherung für sich allein beitragsfrei stellen wollen, muss die Höhe der beitragsfreien Leistung den Mindestbetrag von monatlich 25 € als Höhe der ohne Gesundheitsprüfung abschließbaren Berufsunfähigkeitsabsicherung erreichen. Andernfalls endet die BU-Options-Zusatzversicherung und wir

erstatten den Auszahlungsbetrag gemäß § 6 Abs. 4 (siehe § 1 Abs. 4). Wollen Sie die BU-Options-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung beitragsfrei stellen, verwenden wir den aus der BU-Options-Zusatzversicherung verfügbaren Betrag zur Erhöhung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung.

Abzug

- (10) Wir vereinbaren mit Ihnen bei Beitragsfreistellung einen Abzug von dem für die Bildung der beitragsfreien BU-Options-Zusatzversicherung zur Verfügung stehenden Betrag (Rückkaufswert, siehe Absatz 5). Der Abzug beträgt die dreifache vereinbarte Höhe der monatlichen Berufsunfähigkeitsleistung, die gemäß § 3 Abs. 3 bei Ausübung der BU-Option ohne erneute Gesundheitsprüfung versichert werden kann. Den Betrag dieses Abzugs beziffern wir in der Anlage zu Ihrem Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen und damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (11) Die Beitragsfreistellung der BU-Options-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Als Basis für eine beitragsfreie Versicherung vorhanden ist infolge des Abzugs gemäß Absatz 10 nur ein geringer Betrag vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien BU-Options-Zusatzversicherung können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.
- (12) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 11 entsprechend.

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 3
Was ist Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?	§ 4
Was ist Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und was ist in diesem Fall zu beachten?	§ 5
Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung?	§ 6
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 7
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 8
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 9
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 10
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	§ 11
Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?	§ 12
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	§ 13
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 14
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 15
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 16

Sofern vereinbart, gilt darüber hinaus die am Ende abgedruckte

Zusatzvereinbarung zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

– Berücksichtigung von gesundheitsbewusstem Verhalten im Rahmen der Überschussbeteiligung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung berufsunfähig im Sinne von § 2 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Leistungen:
 - a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen (Tarifbestandteil I oder W);
 - b) Zahlung der jeweils vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist (Tarifbestandteil R). Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Wenn Sie es wünschen, beraten wir Sie über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration. Zusätzlich prüfen wir auf Ihren Wunsch, ob wir uns an den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen beteiligen, sofern diese aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht wirtschaftlich sinnvoll erscheinen.

Die Versicherungsleistungen erbringen wir während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, solange die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ablauf der Zusatzversicherung. Bei Versicherungen mit gegenüber der Leistungsdauer abgekürzter Versicherungsdauer werden Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ende der Versicherungsdauer erbracht, dann jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer, sofern die Anspruchsvoraussetzungen weiter bestehen. Die Versicherungsleistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir aber nur in einfacher Höhe, auch wenn Kriterien für die Berufsunfähigkeit nach § 2 Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 nebeneinander erfüllt sind.

- (2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs I bzw. W (Absatz 1 a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente (Zusatztarif R) wird während einer Berufsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung (siehe § 14) – aber nicht erhöht.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % ihren zuletzt vor Eintritt dieses Zustands ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nicht mehr ausüben kann. Eine Verweisung auf eine andere Tätigkeit kommt nur dann in Betracht, wenn diese im Sinne von Absatz 7a) konkret ausgeübt wird (Verzicht auf abstrakte Verweisung).
- (2) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von § 3 ist.
- (3) Wird uns nachgewiesen, dass ein in Absatz 1 oder 2 beschriebener Zustand für einen Zeitraum von sechs Monaten ununterbrochen vorgelegen hat, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

- (4) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat und ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, unbefristet eine volle Erwerbsminderungsrente allein aus medizinischen Gründen gewährt. Unser Recht auf Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (siehe § 11) bleibt unberührt.

Eine befristete Leistung (siehe § 10 Abs. 2) gewähren wir auch dann, wenn die versicherte Person vor Vollendung des 55. Lebensjahres von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, allein aus medizinischen Gründen eine volle befristete oder unbefristete Erwerbsminderungsrente erhält. Dabei kann allerdings der befristete Zeitraum für unsere Leistung von dem eventuellen befristeten Zeitraum abweichen, während dessen ein gesetzlicher oder berufsständischer Versorgungsträger eine Erwerbsminderungsrente gewährt.

In allen anderen Fällen bewirkt der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers keinen Leistungsanspruch. In jedem Fall behalten wir uns die Prüfung vor, ob Sie und die versicherte Person Ihre vorvertraglichen Anzeigepflichten erfüllt haben (siehe den entsprechenden Paragraphen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung).

(5) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung PLUS

Sofern Sie in Ihrem Vertrag die Absicherung der Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten eingeschlossen haben (**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung PLUS**), liegt Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn bei der versicherten Person voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 4 bestehen wird oder bereits sechs Monate ununterbrochen bestand.

(6) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung EXTRA

Sofern Sie in Ihrem Vertrag die Absicherung der Berufsunfähigkeit infolge von Arbeitsunfähigkeit eingeschlossen haben (**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung EXTRA**), liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig im Sinne von § 5 war.

- (7) a) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht vor, wenn die versicherte Person nach Eintritt des in Absatz 1, 2 oder 3 beschriebenen Zustands eine andere, ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausübt und sie dazu aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu mehr als 50 % in der Lage ist.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung gemäß Absatz 1 oder 2 bestanden hat. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalles auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Bei Nicht-Selbstständigen gilt eine Einkommensreduzierung von 20 % und mehr jedoch in jedem Fall als nicht zumutbar.

- b) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt ebenfalls nicht vor, wenn die versicherte Person nach Eintritt des in Absatz 1, 2 oder 3 beschriebenen Zustands als Selbstständiger oder Angestellter mit Weisungs- und Direktionsbefugnis nach wirtschaftlich angemessener Umorganisation innerhalb des Betriebes weiter tätig sein könnte.

Eine Umorganisation ist angemessen, wenn

- sie keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert,
- sich keine auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbußen ergeben,
- sie von der versicherten Person auf Grund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann und
- der versicherten Person ein der bisherigen Position angemessener Tätigkeitsbereich geschaffen wird und dieser aus medizinischer Sicht möglich ist.

Eventuell beteiligen wir uns an den Kosten für diese Umorganisation.

- (8) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer Lebensstellung beim Ausscheiden aus dem Berufsleben entspricht.

Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu fünf Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit, Bundesfreiwilligendienst oder Freiwilligem Wehrdienst); in diesen Fällen ist bei der Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 1, 2 oder 3 vorliegt, der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.

§ 3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 2 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und wenn dabei mindestens zwei Punkte der Tabelle in Absatz 2 erreicht werden.
- (2) Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- a) Fortbewegen im Zimmer = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- b) Aufstehen und Zubettgehen = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- c) An- und Auskleiden = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

- d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

- e) Waschen, Kämmen oder Rasieren = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

- f) Verrichten der Notdurft = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht alleine 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 alleine 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.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen führen ebenfalls zu keiner veränderten Bewertung. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

- (3) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung, mit der sie sich oder andere gefährdet, täglicher Beaufsichtigung bedarf oder wenn sie bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?

- (1) Sofern Sie in Ihrem Vertrag die Absicherung der Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten eingeschlossen haben (**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung PLUS**), liegt Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn bei der versicherten Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die fachärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen eine Beeinträchtigung einer der nachstehenden acht körperlichen Fähigkeiten im beschriebenen Umfang bestehen wird oder bereits sechs Monate ununterbrochen bestand. In diesem Fall liegt von Beginn dieses Zustands an eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor. Die Beeinträchtigung einer der beschriebenen körperlichen Fähigkeiten gilt als Verlust einer Grundfähigkeit. Bestehen für die versicherte Person mehrere Beeinträchtigungen von körperlichen Fähigkeiten nebeneinander, erbringen wir die Versicherungsleistung aber nur in einfacher Höhe.

(2) Versicherte Grundfähigkeiten

- a) Sehen
Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch nach Einsatz von Hilfsmitteln oder therapeutischen Maßnahmen so stark ein-

geschränkt ist, dass auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

b) Sprechen

Ein Verlust liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person nach abgeschlossenem Spracherwerb auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Kehlkopfmikrofon) so weit eingeschränkt ist, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist mittels Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren, weil sie keine verständlichen Worte mehr formen kann.

Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen.

c) Hören

Ein Verlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person auch unter Nutzung von Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte) auf beiden Ohren jeweils ein Resthörvermögen von höchstens 20 % besteht.

d) Gehen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Rollator) nicht mehr selbstständig in der Lage ist, innerhalb von 20 Minuten eine Strecke von 400 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen.

e) Eine Hand gebrauchen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist,

- die rechte oder linke Hand zu einer Faust zu schließen und dabei ein Gewicht von 250 Gramm zu halten oder
- mit der rechten oder der linken Hand einen intakten Wasserhahn auf- und wieder zuzudrehen.

f) Einen Arm gebrauchen

Ein Verlust liegt vor, wenn es der versicherten Person nicht mehr möglich ist, beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf zu bewegen und den Nacken zu berühren (Nackengriff) und beide Hände gleichzeitig am Rücken zusammenzuführen (Schürzengriff).

g) Knien/Bücken

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft zu bücken oder hinzuknien, um mit den Fingern den Boden zu berühren, und sich danach wieder aufzurichten.

h) Heben/Tragen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 2 Kilogramm schweren Gegenstand von einem Tisch heben und 5 Meter weit tragen kann.

(3) Nachweis der Beeinträchtigung

Der Verlust einer Grundfähigkeit ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und was ist in diesem Fall zu beachten?

- (1) Sofern Sie in Ihrem Vertrag die Absicherung der Berufsunfähigkeit infolge von Arbeitsunfähigkeit eingeschlossen haben (**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung EXTRA**), liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeits-

unfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig (krankgeschrieben) war. Als arbeitsunfähig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt die versicherte Person, wenn uns auf die versicherte Person ausgestellte ärztliche Bescheinigungen eingereicht werden, wie sie § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses oder den Vorschriften für die Geltendmachung von Krankentagegeld bei den privaten Krankenversicherungen entsprechen. Der Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit fällt. Die Arbeitsunfähigkeit muss uns in Textform mitgeteilt werden. Eine frühzeitige Mitteilung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Besteht nur eine teilweise Arbeitsunfähigkeit, haben Sie keinen Anspruch auf eine Leistung. Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

- (2) Wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beansprucht werden, müssen uns auf Kosten des Anspruchstellers Bescheinigungen nach Absatz 1 eingereicht werden. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein. Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen einer Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – Abs. 5 beantragt werden.

- (3) Bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie die Leistungen nach § 1 für maximal 18 Monate, auch bei mehrfacher Arbeitsunfähigkeit. Die Leistungen erbringen wir unter den in § 1 genannten Voraussetzungen, solange

- die versicherte Person ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig ist und
- wir keine Leistungen wegen einer Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 erbringen.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit werden vorbehaltlich Abs. 3 Satz 1 höchstens jeweils für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit (Absatz 1) vorgelegt werden. Der Anspruch auf die Leistungen endet mit Ablauf des Monats, in dem die letzte ärztliche Bescheinigung wegen Arbeitsunfähigkeit abläuft.

- (4) Haben wir eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht und wird die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung wieder ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig, beginnt die Frist von sechs Monaten nach Absatz 1 nicht erneut zu laufen.

- (5) Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen einer Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit eingestellt.

- (6) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person erbringen und nach Abschluss der Leistungsprüfung feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 vorliegt, rechnen wir den Zeitraum ab dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 eingetreten ist, wir gleichzeitig aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, auf die maximale

Leistungsdauer von insgesamt 18 Monaten nach Absatz 3 nicht an.

- (7) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene vollständige Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt. Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr oder nur noch eine teilweise Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

§ 6 Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung?

- (1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtraucherartariff abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.
- (2) Ist für diese Zusatzversicherung der Nichtraucherartariff vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

Nichtraucher ist, wer in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung keine Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeife geraucht hat und keine elektrischen Zigaretten, elektrischen Zigarren, elektrischen Zigarillos oder elektrischen Pfeifen benutzt hat.

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns auf unsere Fragen in Textform wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie kein Nichtraucher im Sinne von Absatz 2a, also Raucher sind. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Zu den Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht siehe den entsprechenden Paragraphen der Hauptversicherung.

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, Raucher geworden ist, also eine Zigarette, Zigarre, Pfeife oder ein Zigarillo geraucht hat oder eine elektrische Zigarette, elektrische Zigarre, elektrische Pfeife oder ein elektrisches Zigarillo benutzt hat. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Abgabe der Vertragserklärung ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Ist eine andere Person versichert, so ist auch diese – neben Ihnen – dafür verantwortlich, dass nach Abgabe der Vertragserklärung keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

Nimmt die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen.

Außer der vorgenannten Gefahrerhöhung beim Rauchverhalten sind Sie nicht dazu verpflichtet, uns eine bei Vertragsabschluss für uns nicht vorhersehbare Erhöhung des Risikos (z. B. durch die Ausübung eines neuen Berufes oder die Aufnahme einer neuen Freizeitaktivität) mitzuteilen, es sei denn,

dass wir eine erneute Risikoprüfung durchführen (z. B. bei einer Vertragsänderung).

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2c vorgenommen, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen. Eine Beitragserhöhung ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist.

Wenn Sie oder die versicherte Person eine Gefahrerhöhung entsprechend Absatz 2c nachträglich erkennen und uns dies nicht angezeigt wird, können wir die vorgenannte Beitragserhöhung auch dann vornehmen, wenn die Gefahrerhöhung unverschuldet ist.

Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

Eine Beitragserhöhung hat keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherten Leistung. Falls wir den Beitrag für die Zusatzversicherung um mehr als 10 % erhöhen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung unserer Beitragserhöhung fristlos kündigen.

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

Wurde vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung ohne unsere Einwilligung vorsätzlich vorgenommen und wurde uns dies nicht unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt, beschränkt sich die Höhe der versicherten Leistung auf zwei Drittel der vereinbarten Leistung gemäß § 1 Abs. 1. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war. Wir werden uns im Fall der Gefahrerhöhung nicht auf die Leistungsverringerung berufen, wenn zwischen Gefahrerhöhung und Eintritt des Versicherungsfalles mehr als 10 Jahre vergangen sind.

- (3) Ist für diese Zusatzversicherung der Rauchertariff vereinbart und sollte die versicherte Person nach Vertragsschluss Nichtraucher geworden sein, sind wir auf Ihren Wunsch hin bereit, nach ergänzender Risikoeinschätzung den Wechsel in eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Nichtraucherartariff zu prüfen. Als Nichtraucher gilt die versicherte Person dabei, wenn sie in den letzten zwölf Monaten vor dem Wunsch eines Tarifwechsels die Kriterien für einen Nichtraucher erfüllt hat, die wir nach Absatz 2 a) bei Antragstellung zugrunde legen, und sie beabsichtigt, auch in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

§ 7 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß § 1 entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit (§ 2) folgt, es sei denn, aus dem nachstehenden Absatz 2 ergibt sich ein späterer Beginn.
- (2) Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt in Textform (z. B. Papierform oder E-

Mail) mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen grundsätzlich erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wir leisten aber für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren rückwirkend – gerechnet ab dem Monat der Meldung – für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgenden Monats leisten.

- (3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen bestanden hat, zurückerzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen.
- (4) Der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 10 Abs. 2), wenn die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

§ 8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.
 - c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
 - d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind von diesem Ausschluss nicht betroffen;

- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

- (1) Wird eine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:
 - 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 (Anamnese) und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit bzw. den Umfang der Pflegebedürftigkeit; stattdessen bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung PLUS im Falle von § 2 Abs. 5 ausführliche Berichte eines Facharztes zum Verlust einer Grundfähigkeit gemäß § 4;
 - c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person und der inzwischen eingetretenen Veränderungen mit Einkommensnachweisen;
 - d) eine Darstellung der durch Ausbildung und Erfahrung bisher erlangten beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der versicherten Person sowie Zeugnisse;
 - e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
 - f) eine Aufstellung sowie Berichte und Unterlagen
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistun-

gen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geltend machen könnte,

- über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.
- (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.
- (3) Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese, Rollator) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 9 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.
- (2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 18 Monaten – befristen, wenn
- sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
 - die medizinischen und beruflichen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,
 - die versicherte Person eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme absolviert oder eine solche Maßnahme vorgesehen oder beabsichtigt ist.

In unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht werden wir Ihnen die maßgeblichen Gründe für ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis mitteilen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

§ 11 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen; dies gilt nicht bei einem zeitlich begrenzten Anerkenntnis nach § 10 Abs. 2. Dabei können wir bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Abs. 1, 2, 3 oder 4 insbesondere erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 7 a) ausübt bzw. – falls § 2 Abs. 8 maßgebend ist – eine Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 8 ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Abs. 5 können wir prüfen, ob für die versicherte Person weiterhin eine Beeinträchtigung einer körperlichen Grundfähigkeit im Sinne von § 4 besteht. Die Mitwirkungspflichten des § 9 Abs. 1 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die über die Befragung der versicherten Per-

son hinaus entstehenden Kosten von uns zu tragen sind.

- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit weitere notwendige Nachweise, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, einholen und einmal jährlich Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

§ 12 Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?

- (1) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1, 2 oder – sofern eingeschlossen – 5 dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (§ 2 Abs. 6, § 5) erlischt der Leistungsanspruch zu dem Zeitpunkt, ab dem keine vollständige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt oder wenn wir eine Leistung wegen einer anderweitigen Berufsunfähigkeit aufgrund von § 2 erbringen, spätestens nach einer Leistungsdauer von insgesamt 18 Monaten. Die Einstellung unserer Leistungen teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Ab dem Zeitpunkt, zu dem unsere Leistungspflicht erlischt, muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.
- (2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraumes prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen und beruflichen Verhältnissen der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1, 2 oder – sofern eingeschlossen – 5 dieser Bedingungen besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 9. In diesem Fall werden wir § 2 Absatz 8 nicht anwenden.
- (3) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 9, 11 oder 12 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 14 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.
- b) Wichtigster Einflussfaktor vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko niedriger sind und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation angenommen.
- c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken. Es stehen daher vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können. Erst nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit ist auch die Entwicklung des Kapitalmarkts von größerer Bedeutung.
- d) Aus diesem Grund entstehen vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 4) anteilig rechnerisch zu.

(2) Zuordnung Ihres Vertrages

Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Mit jeder Beitragszahlung werden laufende Überschussanteile zugeteilt, die im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bemessen und direkt auf die Beitragszahlung angerechnet werden. Dadurch haben Sie statt des Tarifbeitrags nur den grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten.

b) Bonusrente anstelle einer Beitragsanrechnung

Sofern vereinbart, teilen wir keine laufende Überschussanteile gemäß a) zu, sondern leisten bei Tarif R eine Bonusrente bei Eintritt der Berufsunfähigkeit. In diesem Fall werden darüber hinaus jährliche Überschussanteile fällig (Absatz 3d). Die Bonusrente wird in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bei Beginn der Leistungspflicht bemessen und erhöht im Fall der Berufsunfähigkeit die zu zahlende Berufsunfähigkeitsrente. Die Höhe der Bonusrente bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht festgelegten Bonusrenten-Satz. Solange wegen Berufsunfähigkeit ununterbrochen eine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt wird, bleibt der Bonusrenten-Satz für diese Rentenleistung unverändert. Wird keine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt, wird keine Leistung aus der Bonusrente fällig. Falls vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit der Bonusrenten-Satz vermindert werden sollte, teilen wir Ihnen dies rechtzeitig mit. In diesem Fall haben Sie das Recht, zum Zeitpunkt

der Verminderung des Bonusrenten-Satzes die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Beitragszahlung derart nachzuversichern, dass die Berufsunfähigkeitsrente einschließlich Bonusrente die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

c) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Tarifbestandteil I oder W bzw. bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Tarifbestandteil R sowie ggf. bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gewährt wurden, im Verhältnis zu dem auf den Tarifbestandteil I oder W bzw. zu dem auf den Tarifbestandteil R entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Für die aufgrund vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung beitragsfrei zurückgelegte Zeit wird der Schluss-Überschussanteil stattdessen nach der Höhe der beitragsfrei versicherten Berufsunfähigkeitsrente bemessen. Für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der als Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur die Beitragsbefreiung gewährt wurde, kann ein Schluss-Überschussanteil im Verhältnis zum jährlichen Beitrag der Hauptversicherung und einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung, die durch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ggf. beitragsbefreit waren, – jedoch ohne eventuelle Stückkostenzuschläge – fällig werden. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der ggf. fällige Schluss-Überschussanteil für die verbleibende Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Tarifbestandteils I oder W bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Tarifbestandteils R mit 7,5 % p. a. diskontiert.

d) Laufende Berufsunfähigkeitsrente

Wird eine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt, werden jährliche Überschussanteile jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres zugeteilt, erstmals, nachdem die Berufsunfähigkeitsrente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde. Die Zuteilung erfolgt im Verhältnis zu der am Ende des jeweils abgelaufenen Versicherungsjahres vorhandenen Deckungsrückstellung der gesamten Berufsunfähigkeitsrente. Aus den Zuteilungen werden jeweils sofort beginnende zusätzliche Berufsunfähigkeitsrenten gebildet.

e) Die Höhe der Überschussanteile kann vom versicherten Beruf und von der Versicherungsdauer abhängen.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (Absatz 1d). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder

teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 3c) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 15 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.
- (2) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – anders als evtl. bei der Hauptversicherung – nicht abtreten oder verpfänden.
- (3) Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise erlischt, erlischt entsprechend der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für künftige Versicherungsfälle. Bei Rentenversicherungen erlischt der Versicherungsschutz für künftige Berufsunfähigkeitsfälle spätestens mit dem Beginn der Rentenzahlung der Hauptversicherung. Absatz 17 bleibt unberührt.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (4) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.
- (5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern wir keine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen.

Auszahlungsbetrag

- (6) Wir zahlen nach Kündigung den
 - Rückkaufswert (Absatz 7, vorbehaltlich Absatz 5),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 8),
 - erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 9).

Rückkaufswert

- (7) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Höchstzillmersätze (siehe AVB für die Hauptversicherung).

Abzug

- (8) Wir vereinbaren mit Ihnen – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – einen Abzug von dem gemäß Absatz 7 ermittelten Wert. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen werden. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Überschussbeteiligung

- (9) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 6 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus
 - dem Schluss-Überschussanteil (§ 14 Abs. 3c) und
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 14 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

- (10) Die Kündigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Beitragsfreistellung

- (11) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen, sofern wir keine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 7 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente auf eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
 - nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
 - unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 7),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 12).

Abzug

- (12) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehenden Betrag. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns

nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (13) Die Beitragsfreistellung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.
- (14) Eine Fortführung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 11 zusammen mit der Hauptversicherung ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Anderenfalls wird der wie in Absatz 11 in Verbindung mit Absatz 12 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.
- (15) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 4 bis 14 entsprechend.

(16) Erbringen wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Policendarlehen und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(17) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht berührt.

§ 16 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

- (1) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt weltweit.
- (2) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden, sofern die versicherte Person transportfähig ist. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Hält sich die versicherte Person außerhalb Deutschlands in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz auf, akzeptieren wir auch ärztliche Untersuchungen im Staat des Aufenthalts, wenn uns die Untersuchungsberichte in deutscher Sprache vorgelegt werden.

Zusatzvereinbarung zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – Berücksichtigung von gesundheitsbewusstem Verhalten im Rahmen der Überschussbeteiligung

Bei Ermittlung der Beitragshöhe für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung legen wir unter anderem den Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung zugrunde, und zwar auf Basis der Beantwortung der entsprechenden Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen. Außerdem berücksichtigen wir gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person, indem wir die Beitragshöhe danach unterscheiden, ob sie Raucher oder Nichtraucher ist.

Sofern wir es mit Ihnen im Versicherungsschein oder einem Nachtrag vereinbart haben, berücksichtigen wir darüber hinaus auch bei den auf den Beitrag angerechneten Überschussanteilen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nachgewiesenes gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person. Hierfür gelten die folgenden Regelungen:

Die nach den in § 14 Abs. 1 bis 3 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZVB) ermittelten, auf die Beitragszahlung angerechneten Überschussanteile werden auf der Grundlage des gesundheitsbewussten Verhaltens der versicherten Person erhöht oder vermindert. Das führt zu einer Verminderung bzw. Erhöhung des Zahlbeitrags. Die Festsetzung des garantierten Tarifbeitrags aufgrund des anfänglichen Gesundheitszustands und des gesundheitsbewussten Verhaltens in Form der Berücksichtigung des Rauchverhaltens gemäß den BUZVB bleibt hiervon unberührt.

Zur Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens dient bis auf Weiteres der Generali Vitality Status der versicherten Person im Generali Vitality Programm der Generali Vitality GmbH. Zum jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns ist für die Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens und somit der davon abhängigen Höhe der Überschussanteile Ihrer Versicherung im jeweiligen neuen Versicherungsjahr der drei Monate vor dem jeweiligen Jahrestag erreichte Generali

Vitality Status maßgeblich. Diesen meldet uns die Generali Vitality GmbH. Erstmals berücksichtigen wir für die weitere Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens die Meldung des Generali Vitality Status zum zweiten Jahrestag des Versicherungsbeginns.

Sofern wir keine termingerechte Information über das gesundheitsbewusste Verhalten bekommen, beispielsweise weil das Generali Vitality Programm gekündigt oder der Übermittlung des Generali Vitality Status widersprochen wurde, behandeln wir Ihren Vertrag hinsichtlich der von diesem Status abhängigen Überschussanteile für die betroffenen Versicherungsjahre so, als hätte die versicherte Person kein gesundheitsbewusstes Verhalten nachgewiesen. Sobald wir wieder termingerechte Information über das gesundheitsbewusste Verhalten bekommen, ermitteln wir die Überschussanteile wieder entsprechend diesem Verhalten.

Die auf die Beitragszahlung angerechneten Überschussanteile Ihrer Zusatzversicherung können steigen, wenn die versicherte Person durch gesundheitsbewusstes Verhalten einen entsprechenden Generali Vitality Status erreicht. Hierdurch sinkt Ihr Zahlbeitrag. Umgekehrt kann die Höhe der Überschussanteile Ihrer Zusatzversicherung aber auch zurückgehen, wenn die versicherte Person sich weniger gesundheitsbewusst verhält und einen diesem Verhalten entsprechenden Generali Vitality Status erhält. Dadurch steigt Ihr Zahlbeitrag. Ihr Zahlbeitrag ergibt sich aus dem um den jeweiligen Überschussanteil verminderten Tarifbeitrag. Einzelheiten hierzu, insbesondere zu den vom Generali Vitality Status abhängigen jährlichen Zu- oder Abnahmen der Überschussanteile sowie zu den in jedem Versicherungsjahr geltenden Grenzwerten und Bezugsgrößen, finden Sie in unserem jährlichen Geschäftsbericht. Diese Werte werden jährlich im Rahmen der Überschussbeteiligung neu festgesetzt.

Sofern das Generali Vitality Programm während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags nicht mehr angeboten wird und wir dann auch kein anderes geeignetes Programm hierfür anbieten, können wir das gesundheitsbewusste Verhalten für die

individuelle Bemessung der Überschussanteile nicht mehr berücksichtigen. Stattdessen werden wir Ihrer Zusatzversicherung einen angemessenen, verhaltensunabhängigen Überschussanteil zuteilen.

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Beamte und Richter – Allgemeine Dienstunfähigkeitsklausel

Ergänzung zu den

- **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**
- **Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- **Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit vor?

Handelt es sich bei der versicherten Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung um einen Beamten, liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auch dann vor, wenn die versicherte Person nach folgenden Kriterien dienstunfähig ist:

1.1 Beamter auf Lebenszeit

Der Beamte auf Lebenszeit ist dienstunfähig, wenn er vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze, spätestens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, nach § 44 Absatz 1 Satz 1 Bundesbeamtengesetz (BBG) bzw. § 26 Absatz 1 Satz 1 Beamtenstatusgesetz (BeamtStG) ausschließlich infolge seines Gesundheitszustands wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit (Allgemeine Dienstunfähigkeit) aufgrund eines Zeugnisses des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes in den Ruhestand versetzt worden ist.

1.2 Beamter auf Probe

Der Beamte auf Probe ist dienstunfähig, wenn er vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze, spätestens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, nach § 49 i.V.m. § 44 Absatz 1 Satz 1 Bundesbeamtengesetz (BBG) bzw. § 28 i.V.m. § 26 Absatz 1 Satz 1 Beamtenstatusgesetz (BeamtStG) ausschließlich infolge seines Gesundheitszustands wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit (Allgemeine Dienstunfähigkeit) aufgrund eines Zeugnisses des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes in den Ruhestand versetzt worden ist. Die Ursachen für die Dienstunfähigkeit muss sich der Beamte auf Probe ohne grobes Verschulden bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen haben. Nach der Verbeamtung auf Lebenszeit prüfen wir im Leistungsfall, ob die Kriterien für die Dienstunfähigkeit für einen Beamten auf Lebenszeit nach Nr. 1.1 erfüllt sind.

1.3 Beamter auf Widerruf

Bei Beamten auf Widerruf ist eine Dienstunfähigkeit und somit eine Versetzung in den Ruhestand gesetzlich nicht vorgesehen. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Anspruchshebenden nachzuweisen ist. Nach

der Verbeamtung auf Lebenszeit prüfen wir im Leistungsfall, ob die Kriterien für die Dienstunfähigkeit für einen Beamten auf Lebenszeit nach Nr. 1.1 erfüllt sind.

2. Welche Versicherungsleistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit?

Wir erbringen die versicherten Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bei Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand bis zum Ablauf der Leistungsdauer, sofern die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungen bestehen.

3. Welche Unterlagen sind uns zum Nachweis der Dienstunfähigkeit vorzulegen?

Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit sind uns zusätzlich zu den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung genannten Auskünften und Nachweisen folgende Unterlagen vorzulegen:

- a) eine beglaubigte Abschrift des Bescheids über die Versetzung in den Ruhestand,
- b) das Zeugnis des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes.

Bis zur Vorlage der erforderlichen Nachweise können wir die Versicherungsleistungen zurückbehalten.

4. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Versicherungsleistungen aufgrund von Dienstunfähigkeit zu beachten, und wann stellen wir unsere Leistungen ein?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die Wiedererlangung der Dienstfähigkeit unverzüglich mitzuteilen. Ebenso ist uns unverzüglich mitzuteilen, wenn die versicherte Person keine Versorgungsbezüge bzw. kein Ruhegehalt oder keinen Unterhaltsbeitrag mehr bezieht. Mit der Wiedererlangung der Dienstfähigkeit sowie dem Wegfall der Versorgungsbezüge bzw. von Ruhegehalt oder Unterhaltsbeitrag liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchshebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Er-

klärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Ansprucherhebenden nachzuweisen ist.

- b) Unsere Leistungen stellen wir ebenfalls ein, wenn die versicherte Person – auch bei bestehender Dienstunfähigkeit – eine andere, ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu mehr als 50 % in der Lage ist. Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ist uns unverzüglich mitzuteilen.
- c) Wir sind berechtigt, nach einem Jahr nach Anerkennung unserer Leistungspflicht das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen nachzuweisen, dass die Dienstunfähigkeit der versicherten Person weiter besteht. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 3 beschrieben zu führen. Im Rahmen der Nachprüfung prüfen wir auch, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit gemäß Absatz b) ausübt.

5. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit?

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 3 oder 4 vom Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird,

sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6. Welche sonstigen Bestimmungen sind zu beachten?

- (1) Soweit in dieser Sondervereinbarung nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auf den Versicherungsvertrag Anwendung. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass eine Berufsunfähigkeit unabhängig von einer Dienstunfähigkeit vorliegt.
- (2) Zur besseren Lesbarkeit haben wir davon abgesehen, jeweils die weibliche und die männliche Form ausdrücklich zu verwenden. Wo „Beamter“ genannt wird, ist jeweils auch „Beamtin“ gemeint. Die Regelungen dieser Sondervereinbarung gelten für Richter bzw. Richterinnen entsprechend.

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Zeit- und Berufssoldaten der Bundeswehr – Dienstunfähigkeitsklausel für Soldaten

Ergänzung zu den

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung
- Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
- Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit vor?

Handelt es sich bei der versicherten Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung um einen Soldaten auf Zeit oder einen Berufssoldaten der Bundeswehr, liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auch dann vor, wenn die versicherte Person nach folgenden Kriterien dienstunfähig ist:

Dienstunfähigkeit des Soldaten auf Zeit

Der Soldat auf Zeit ist dienstunfähig,

- wenn er vor Ablauf der Zeit, für die er in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen ist, gemäß § 55 Absatz 2 Soldatengesetz (SG) ausschließlich wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit entlassen worden ist
- oder
- wenn er trotz medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit wegen des innerhalb der nächsten sechs Monate bevorstehenden Ablaufs seiner Dienstzeit nicht nach § 55 Absatz 2 SG entlassen wird, so dass er nach § 54 Absatz 1 SG aus der Bundeswehr ausscheidet.

Dienstunfähigkeit des Berufssoldaten der Bundeswehr

Der Berufssoldat ist dienstunfähig,

- wenn er vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze nach § 44 Absatz 3 Soldatengesetz (SG) ausschließlich infolge seines Gesundheitszustands wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden ist
- oder
- wenn er vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze gemäß § 46 Absatz 2 Ziffer 6 i.V.m. § 44 Absatz 3 und 5 SG ausschließlich infolge seines Gesundheitszustands wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit entlassen worden ist.

2. Welche Versicherungsleistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit?

Leistung bei Dienstunfähigkeit des Soldaten auf Zeit

Wir erbringen die versicherten Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bei Entlassung bzw. Ausscheiden der versicherten Person aus der Bundeswehr

für den Zeitraum von 24 Monaten, sofern die Anspruchsvoraussetzungen bestehen. Spätestens nach Ablauf dieses Zeitraums werden keine Leistungen wegen Dienstunfähigkeit mehr fällig. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Ansprucherhebenden nachzuweisen ist.

Leistung bei Dienstunfähigkeit des Berufssoldaten der Bundeswehr

a) Versetzung in den Ruhestand

Wir erbringen die versicherten Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung, sofern die versicherte Person ein Ruhegehalt oder einen Unterhaltsbeitrag im Sinne des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) bezieht. Die Leistungen erbringen wir höchstens für den Zeitraum von 24 Monaten, sofern die Anspruchsvoraussetzungen bestehen.

b) Entlassung

Wir erbringen die versicherten Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bei Entlassung der versicherten Person aus der Bundeswehr für den Zeitraum von 24 Monaten, sofern die Anspruchsvoraussetzungen bestehen.

Spätestens nach Ablauf des Zeitraums für Leistungen nach den vorstehenden Abschnitten a) und b) werden keine Leistungen wegen Dienstunfähigkeit mehr fällig. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Ansprucherhebenden nachzuweisen ist.

3. Welche Unterlagen sind uns zum Nachweis der Dienstunfähigkeit vorzulegen?

Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit sind uns zusätzlich zu den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung genannten Auskünften und Nachweisen folgende Unterlagen vorzulegen:

- a) eine beglaubigte Abschrift des Bescheids über die Versetzung in den Ruhestand bzw. über die Entlassung,
- b) Nachweise über Versorgungsbezüge nach dem Soldatenversorgungsgesetz.

Bis zur Vorlage der erforderlichen Nachweise können wir die Versicherungsleistungen zurückbehalten.

4. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Versicherungsleistungen aufgrund von Dienstunfähigkeit zu beachten, und wann stellen wir unsere Leistungen ein?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die Wiedererlangung der Dienstfähigkeit unverzüglich mitzuteilen. Ebenso ist uns unverzüglich mitzuteilen, wenn die versicherte Person keine Versorgungsbezüge bzw. kein Ruhegehalt oder keinen Unterhaltsbeitrag mehr bezieht. Mit der Wiedererlangung der Dienstfähigkeit sowie dem Wegfall der Versorgungsbezüge bzw. von Ruhegehalt oder Unterhaltsbeitrag liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Ansprucherhebenden nachzuweisen ist.
- b) Wir sind berechtigt, nach einem Jahr das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen nachzuweisen, dass die Dienstunfähigkeit der versicherten Person weiter besteht. Der Nachweis ist

in gleicher Weise wie unter Ziffer 3 beschrieben zu führen.

5. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit?

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 3 oder 4 vom Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6. Welche sonstigen Bestimmungen sind zu beachten?

- (1) Soweit in dieser Sondervereinbarung nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auf den Versicherungsvertrag Anwendung. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass eine Berufsunfähigkeit unabhängig von einer Dienstunfähigkeit vorliegt.
- (2) Zur besseren Lesbarkeit haben wir davon abgesehen, jeweils die weibliche und die männliche Form ausdrücklich zu verwenden. Wo „Soldat“ genannt wird, ist jeweils auch „Soldatin“ gemeint.

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Heilberufe – Infektionsklausel Heilberufe

Ergänzung zu den

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung
- Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
- Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes vor?

Übt die versicherte Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung einen medizinischen oder pflegerischen Beruf im Gesundheitswesen aus, liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vor, wenn eine gesetzliche Vorschrift oder eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr für andere Personen fortzuführen (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

2. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Maßgebend für den Eintritt der Berufsunfähigkeit im Falle von Ziffer 1 ist das Datum, an dem uns die Verfügung für das vollständige Tätigkeitsverbot vorgelegt wird.

3. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

- a) Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 ist uns die Verfügung für das vollständige Tätigkeitsverbot und die Begründung hierfür im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie vorzulegen.
- b) Sollte nach Vorlage der Unterlagen gemäß Ziffer 3 a) eine abschließende Entscheidung nicht möglich sein, behalten wir uns vor, ergänzende Informationen oder eine weitere Begutachtung der versicherten Person anzufordern.

4. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Berufsunfähigkeits-Leistungen zu beachten, und wann stellen wir unsere Berufsunfähigkeitsleistungen ein?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne der Ziffer 1 sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbots unverzüglich mitzuteilen. Mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbots liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

cherte Person verpflichtet, uns die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbots unverzüglich mitzuteilen. Mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbots liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

- b) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen in Abständen von jeweils einem Jahr nachzuweisen, dass das vollständige Tätigkeitsverbot der versicherten Person weiter besteht. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 3 a) beschrieben zu führen; er darf nicht älter als drei Monate sein.

5. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 3 oder 4 vom Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

rung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung oder dieser Sondervereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähigkeit durch Infektionen verursacht wird, die unmittelbar oder mittelbar auf einer Sucht oder auf Drogenmissbrauch beruhen.

Hiervon unberührt bleiben die sonstigen Ausschlüsse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Flugbegleiter(innen) – Flugbegleiterklausel

Ergänzung zu den

- **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**
- **Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- **Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Fluguntauglichkeit vor?

Handelt es sich bei der versicherten Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung um eine(n) Flugbegleiter(in), liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auch dann vor, wenn festgestellt wird, dass die versicherte Person allein aus gesundheitlichen Gründen gemäß den Leitlinien der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen (BGF) für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung bei fliegendem Personal (Kabine) bzw. in Anlehnung an die Kriterien für Tauglichkeitsgrad III des Luftfahrtpersonals aufgrund dauernder gesundheitlicher Bedenken nicht mehr als Flugbegleiter(in) eingesetzt werden kann.

2. Welche Voraussetzung muss für eine Leistung aufgrund von Fluguntauglichkeit vorliegen?

Gesamtvoraussetzung für eine Leistung aufgrund dauernder gesundheitlicher Bedenken gegen den Einsatz als Flugbegleiter(in) ist, dass die Untersuchung in Deutschland von einem Arbeitsmediziner mit flugmedizinischer Erfahrung, alternativ von einer fliegerärztlichen Stelle mit Zulassung zur Prüfung des Flugtauglichkeits-Grades I und Erfahrung in der Beurteilung von Flugbegleitern, vorgenommen wurde.

3. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Maßgebend für den Eintritt der Berufsunfähigkeit im Falle von Ziffer 1 ist das Datum, mit dem die Fluguntauglichkeit aufgrund dauernder gesundheitlicher Bedenken festgestellt wurde.

4. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

- a) Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 sind uns die Unterlagen zur ärztlichen Untersuchung mit dem Ergebnis der dauernden gesundheitlichen Bedenken gegen den Einsatz als Flugbegleiter(in) sowie eine Mitteilung des Arbeitgebers über die Beendigung der Tätigkeit im fliegerischen Dienst vorzulegen.
- b) Sollte nach Vorlage der Unterlagen gemäß Ziffer 4 a) eine abschließende Entscheidung nicht möglich sein, behalten wir uns vor, ergänzende Informationen oder eine weitere Begutachtung der versicherten Person anzufordern.

5. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Berufsunfähigkeits-Leistungen zu beachten, und wann stellen wir unsere Berufsunfähigkeitsleistungen ein?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne der Ziffer 1 sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die Wiedererlangung der Einsatzfähigkeit als Flugbegleiter(in) gemäß den Leitlinien der BGF für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung bei fliegendem Personal (Kabine) bzw. in Anlehnung an die Kriterien für Tauglichkeitsgrad III des Luftfahrtpersonals unverzüglich mitzuteilen. Mit der Wiedererlangung der Einsatzfähigkeit als Flugbegleiter(in) liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- b) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu ist die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen in Abständen von jeweils einem Jahr nachzuweisen, dass die dauernden gesundheitlichen Bedenken gegen einen Einsatz als Flugbegleiter(in) gemäß den Leitlinien der BGF für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung bei fliegendem Personal (Kabine) bzw. in Anlehnung an die Kriterien für Tauglichkeitsgrad III des Luftfahrtpersonals weiter bestehen. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 4 beschrieben zu führen. Im Rahmen der Nachprüfung prüfen wir insbesondere, ob die versicherte Person – auch bei dauernden gesundheitlichen Bedenken gegen den Einsatz als Flugbegleiter(in) – eine andere, ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu mehr als 50 % in der Lage ist.

6. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 4 oder 5 vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden

ist. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

7. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versiche-

rung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung oder dieser Sondervereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wird durch Schwangerschaft oder durch Gesundheitsstörungen

- a) nervöser oder psychischer Art, es sei denn, dass diese durch einen Unfall, den die versicherte Person selbst erlitten hat, oder durch ein während der Versicherungsdauer entstandenes organisches Leiden hervorgerufen sind,
- b) die unmittelbar oder mittelbar auf einer Sucht oder auf Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch beruhen.

Hiervon unberührt bleiben die sonstigen Ausschlüsse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Piloten, Flugingenieure, Bordfunker, Bordwarte oder Flugnavigatoren (Luftfahrer) – Fluguntauglichkeitsklausel

Ergänzung zu den

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung
- Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
- Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Fluguntauglichkeit vor?

Handelt es sich bei der versicherten Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung um einen ausgebildeten Piloten, Flugingenieur, Bordfunker, Bordwart oder Flugnavigator, liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auch dann vor, wenn durch ein Gutachten der Deutschen Forschungs- und Versuchsanstalt für Luft- und Raumfahrt, Köln-Porz, oder der sonst für die amtliche fliegerärztliche Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland zuständigen Stelle festgestellt wird, dass die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen voraussichtlich dauernd fluguntauglich ist und ihr deshalb vor Vollendung ihres 60. Lebensjahres die behördliche Erlaubnis als Luftfahrer entzogen oder die Erlaubnis nicht verlängert wird.

2. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Maßgebend für den Eintritt der Berufsunfähigkeit im Falle von Ziffer 1 ist das Datum, mit dem die Verfügung der zuständigen Behörde, mit der die Erlaubnis entzogen oder deren Verlängerung abgelehnt wird, wirksam wird.

3. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 sind uns in Urschrift oder öffentlich beglaubigter Abschrift vorzulegen:

- a) das Gutachten der Deutschen Forschungs- und Versuchsanstalt für Luft- und Raumfahrt, Köln-Porz, oder der sonst für die amtliche fliegerärztliche Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland zuständigen Stelle,
- b) die Verfügung der zuständigen Behörde, mit der die Erlaubnis entzogen oder deren Verlängerung abgelehnt wird.

4. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Berufsunfähigkeits-Leistungen zu beachten, und wann stellen wir unsere Berufsunfähigkeitsleistungen ein?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne der Ziffer 1 sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die erneute Erteilung

der Erlaubnis als Luftfahrer oder die Erneuerung einer ruhenden Erlaubnis unverzüglich mitzuteilen. Mit dem Inkrafttreten der behördlichen Erlaubnis als Luftfahrer liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

- b) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen in Abständen von jeweils einem Jahr nachzuweisen, dass die Fluguntauglichkeit der versicherten Person weiter besteht. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 3 beschrieben zu führen.

5. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 3 oder 4 vom Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

sicherung oder dieser Sondervereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wird durch Schwangerschaft oder durch Gesundheitsstörungen

- a) nervöser oder psychischer Art, es sei denn, dass diese durch einen Unfall, den die versicherte Person selbst erlitten hat, oder durch ein während der Versicherungsdauer entstandenes organisches Leiden hervorgerufen sind,

- b) die unmittelbar oder mittelbar auf einer Sucht oder auf Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch beruhen.

Hiervon unberührt bleiben die sonstigen Ausschlüsse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Informationen für den Versicherungsnehmer zu MEIN ZUKUNFTSPLAN

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Informationen

Wer ist Ihr Vertragspartner?	Nr. 1
Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit, und welche Aufsichtsbehörde ist für Ihre Versicherung zuständig?	Nr. 2
Sind Ihre Versicherungsansprüche abgesichert?	Nr. 3
Welche Bedingungen gelten für Ihr Versicherungsverhältnis?	Nr. 4
Welche Versicherungsleistungen sichern wir Ihnen zu, in welcher Höhe sind sie garantiert und wann werden sie fällig?	Nr. 5
Wie hoch ist der Beitrag zu Ihrer Versicherung, und fallen für Sie zusätzliche Kosten an?	Nr. 6
Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?	Nr. 7
Welchen speziellen Risiken unterliegen die Investmentfonds und – bei Tarif VAN – die goldgebundene Anlage, die Sie bei Ihrem Versicherungsvertrag wählen können?	Nr. 8
Wann beginnen Ihre Versicherung und Ihr Versicherungsschutz, und wie lange dauert die Frist, während der wir Ihren Antrag annehmen können?	Nr. 9
Können Sie Ihre Vertragserklärung nach dem Vertragsabschluss noch widerrufen?	Nr. 10
Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?	Nr. 11
Können Sie Ihren Versicherungsvertrag vorzeitig beenden oder im Falle einer laufenden Beitragszahlung diese vorzeitig einstellen?	Nr. 12
Welches Recht ist auf Ihren Versicherungsvertrag anwendbar, und welches Gericht ist für eventuelle Klagen aus dem Vertrag zuständig?	Nr. 13
In welcher Sprache sind die Vertragsbedingungen und Kundeninformationen verfasst, und in welcher Sprache kommunizieren wir mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags?	Nr. 14
An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?	Nr. 15

Besondere Informationen

Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet und welche können zusätzlich entstehen?	Nr. 16
Welche Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe gelten für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung?	Nr. 17
Wie hoch sind der Rückkaufswert und die beitragsfreien Leistungen im Falle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung, und inwieweit sind diese Leistungen bei Vertragsabschluss garantiert?	Nr. 18
Welche Investmentfonds stehen Ihnen für die fondsgebundene Vermögensanlage zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken? Was ist in dieser Hinsicht bei der Anlage im internen Fonds für die goldgebundene Anlage von Bedeutung?	Nr. 19
Welche Steuerregelungen gelten allgemein für MEIN ZUKUNFTSPLAN und eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen?	Nr. 20

Allgemeine Informationen

1. Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Versicherer ist die AachenMünchener Lebensversicherung AG mit Sitz in Aachen, Registergericht Aachen – HR B 722.

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Giovanni Liverani

Vorstand: Christoph Schmallenbach (Vorsitzender),
Helmuth Gaul, Peter Heise

Hausanschrift: AachenMünchener-Platz 1, 52064 Aachen

Postanschrift: 52054 Aachen

Internet: www.amv.de

2. Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit, und welche Aufsichtsbehörde ist für Ihre Versicherung zuständig?

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb aller Arten der Lebensversicherung. Die für Ihre Versicherung zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
– Bereich Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht –
Hausanschrift: Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
Postanschrift: Postfach 12 53, 53002 Bonn

3. Sind Ihre Versicherungsansprüche abgesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus einer Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 / 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Durch den Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen geschützt. Die AachenMünchener Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

4. Welche Bedingungen gelten für Ihr Versicherungsverhältnis?

Eine Übersicht über die für Ihr Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen finden Sie in der Anlage zum Antrag für MEIN ZUKUNFTSPLAN (nachfolgend „Antrag“ genannt). Hierzu gehören insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen. Alle Bedingungswerke, die wir für Sie auf einer CD gespeichert haben, werden Ihnen vor Antragstellung ausgehändigt. Die in den Versicherungsbedingungen verwendeten Begriffe der Erwerbsunfähigkeit und der Berufsunfähigkeit stimmen nicht mit dem Begriff der Erwerbsminderung oder der Berufsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne und nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Sie stimmen auch nicht mit dem Begriff der Dienstunfähigkeit eines Beamten bzw. Richters oder der Dienstunfähigkeit eines Soldaten gemäß den jeweiligen entsprechenden gesetzlichen Regelungen überein. Sollen auch bei Dienstunfähigkeit eines Beamten bzw. Richters oder eines Soldaten Leistungen im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsabsicherung mitversichert werden, müssen die entsprechenden Zusatzbestimmungen vertraglich vereinbart werden.

5. Welche Versicherungsleistungen sichern wir Ihnen zu, in welcher Höhe sind sie garantiert und wann werden sie fällig?

Art und Fälligkeit unserer Versicherungsleistungen haben wir in den für Ihren Vertrag maßgebenden Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie in den Bedingungen für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen festgelegt.

Die individuellen Leistungsangaben zu Ihrer Versicherung und die weiteren für Ihren Vertrag maßgeblichen Daten können

Sie dem Antrag entnehmen. Dort geben wir auch an, welche Leistungen für die gesamte Vertragsdauer garantiert sind.

Zu diesen garantierten Leistungen können noch Leistungen aus der Überschussbeteiligung hinzukommen oder es können sich die von Ihnen zu zahlenden Beiträge – soweit vereinbart – durch die Überschussbeteiligung ermäßigen. Die Höhe der Überschusszuteilungen kann von uns vorab aber nicht angegeben werden, da sie von der zukünftigen Überschussentwicklung unseres Unternehmens abhängen. Sobald wir allerdings Ihrer Versicherung Überschussanteile einzelvertraglich zugeteilt haben, um sie ggf. verzinslich anzusammeln oder nach Eintritt des Leistungsfalls zur Rentenerhöhung zu verwenden, sind auch die Leistungen hieraus garantiert. Falls wir bei Versicherungen nach Tarif VAN zu Rentenbeginn einen Rentenzuschlag aus der Überschussbeteiligung bilden, können wir seine Höhe nicht für die gesamte Dauer unserer Rentenzahlung garantieren. Denn wir legen hierbei zukünftige, noch nicht zugeteilte Überschussanteile unter der Annahme zugrunde, dass die maßgebenden Überschussanteile-Sätze unverändert bleiben.

Soweit wir das Anlagevermögen gemäß der Vereinbarung mit Ihnen in Investmentfonds oder – bei Versicherungen nach Tarif VAN – ggf. in Gold angelegt haben, sind Sie unmittelbar an der Wertentwicklung eines oder mehrerer besonderer Vermögen beteiligt. Diese Vermögenswerte werden bei unserer Gesellschaft getrennt vom übrigen Vermögen überwiegend in Wertpapieren (Fondsanteile) angelegt und in Anteilseinheiten aufgeteilt bzw. umfassen ggf. eine definierte Menge an Gold, die den betroffenen Versicherungsverträgen entsprechend ihrem jeweiligen Anteil zugeordnet ist. Der Fachbegriff für diese besonderen Vermögen lautet „Anlagestöcke“. Die auf Ihre Versicherung insgesamt entfallenden Anteilseinheiten bilden das Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrags; vom Wert dieses Fondsguthabens und der ggf. auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Menge an Gold hängen die Versicherungsleistungen ab.

Für das fonds- bzw. bei Versicherungen nach Tarif VAN ggf. das goldgebundene Anlagevermögen tragen Sie das damit verbundene Anlagerisiko. Da die Entwicklung dieser Wertpapiere bzw. die Wertentwicklung von Gold nicht voraussehbar ist, können wir die Höhe der sich hieraus ergebenden Leistungen vor Beginn der Rentenzahlung nicht garantieren. Sie haben die Chance, im Falle von Kurssteigerungen der Wertpapiere bzw. einer Wertsteigerung des Edelmetalls Gold einen Wertzuwachs zu erzielen; bei entsprechenden Rückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass unsere Leistungen bei einer guten Fondsentwicklung oder Wertentwicklung von Gold höher sein werden als bei einer weniger guten Entwicklung.

Soweit von Ihnen gewählt, werden Beitragsteile in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt (nicht fonds- oder goldgebundenes Guthaben). Sofern Sie – bei Versicherungen nach Tarif VAN – zu Rentenbeginn nicht die Kapitalabfindung in Anspruch nehmen, legen wir ab dann auch den Geldwert des für die Verrichtung relevanten Fondsguthabens sowie des relevanten Goldvermögens in unserem sonstigen Sicherungsvermögen an. Aus den angelegten Mitteln und den daraus erzielten Kapitalerträgen erbringen wir während der Rentenzahlung die zugesagten Leistungen und decken die Kosten für die Verwaltung des Vertrags. Wir garantieren Ihnen bereits bei Vertragsabschluss die Höhe der Rente, die wir Ihnen ab Rentenbeginn je 10.000 € des dann vorhandenen Anlagevermögens mindestens zahlen.

6. Wie hoch ist der Beitrag zu Ihrer Versicherung, und fallen für Sie zusätzliche Kosten an?

Im Antrag nennen wir den tariflichen Beitrag zu Ihrer Versicherung. Dort können Sie gegebenenfalls auch ersehen, wie sich Ihr Gesamtbeitrag aus den einzelnen Teilbeiträgen für die Hauptversicherung und eingeschlossene Zusatzversicherungen zusammensetzt. In dem Fall, dass wir Überschussanteile auf den tariflichen Beitrag anrechnen, geben wir darüber hinaus auch den anfänglich zu zahlenden, reduzierten Beitrag an. Zusätzliche Kosten entstehen Ihnen nicht.

7. Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

Vereinbarungsgemäß zahlen Sie Ihren Beitrag monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, längstens jedoch zum Schluss der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt. Sie können bei Tarif SKN stattdessen auch einen Einmalbeitrag entrichten.

Ihr Erst- bzw. Einmalbeitrag wird sofort nach Abschluss Ihres Versicherungsvertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zu zahlen.

Sofern Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, buchen wir die Beiträge von dem uns angegebenen Konto ab.

8. Welchen speziellen Risiken unterliegen die Investmentfonds und – bei Tarif VAN – die goldgebundene Anlage, die Sie bei Ihrem Versicherungsvertrag wählen können?

Soweit es sich beim Anlagevermögen um Fondsguthaben oder – bei Tarif VAN – Goldvermögen handelt, hängt die Höhe unserer Versicherungsleistungen wesentlich von der Entwicklung der von Ihnen gewählten Investmentfonds bzw. der Entwicklung des Goldpreises ab (siehe Nr. 5). Für die Zusammensetzung der in den Investmentfonds enthaltenen Vermögenswerte sind die jeweiligen Fondsgesellschaften verantwortlich; als Versicherer haben wir hierauf keinen Einfluss.

Eine Übersicht aller zur Verfügung stehenden Investmentfonds und über die goldgebundene Anlage finden Sie unter Nr. 19. Dort beschreiben wir auch die Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken der Investmentfonds, und wir gehen auf die Risiken der goldgebundenen Anlage ein. Ferner finden Sie dort konkrete Angaben zur bisherigen Wertentwicklung der einzelnen Investmentfonds und des Goldpreises. Diese Daten erlauben allerdings keine Prognosen für die Zukunft.

9. Wann beginnen Ihre Versicherung und Ihr Versicherungsschutz, und wie lange dauert die Frist, während der wir Ihren Antrag annehmen können?

Den Beginn Ihrer Versicherung und – bei Versicherungen nach Tarif VAN – den Rentenbeginn finden Sie im Antrag.

Ihr Versicherungsschutz beginnt, sobald wir Ihren Versicherungsschein ausgestellt haben, frühestens jedoch zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bitte beachten Sie jedoch, dass wir grundsätzlich erst dann zu einer Leistung verpflichtet sind, wenn wir Ihren Erst- bzw. Einmalbeitrag erhalten haben.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat für die Beiträge erteilt haben, gilt Ihr Erst- bzw. Einmalbeitrag zum Fälligkeitstermin (Abschluss des Versicherungsvertrags) als gezahlt, wenn zum Abbuchungstermin Deckung auf dem Konto vorhanden ist. Über den Abbuchungstermin informieren wir Sie in unserem Anschreiben zum Versicherungsschein. Hat unser Abbuchungsversuch keinen Erfolg, so gilt der Erstbeitrag als nicht gezahlt.

Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrags

Zahlen Sie Ihren Erst- bzw. Einmalbeitrag nicht rechtzeitig, beginnt unsere Leistungspflicht frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Falls also vor diesem Zeitpunkt ein Versicherungsfall eintreten sollte, haben Sie keinen Anspruch auf unsere Leistung. Gleichwohl sind wir bereits ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Beitragszahlung nicht zu vertreten haben.

Sollten Sie Ihren Erst- bzw. Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir auch vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Unser Rücktrittsrecht ist

allerdings ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Annahmefrist für Ihren Antrag

Ihren Antrag können wir innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit Ihrer Antragsunterzeichnung, jedoch nicht vor dem Tag einer eventuell erforderlichen ärztlichen Untersuchung.

10. Können Sie Ihre Vertragserklärung nach dem Vertragsabschluss noch widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. durch Brief, Fax oder E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Sie die Versicherungsbedingungen, das Produktinformationsblatt, die vorliegenden Informationen für den Versicherungsnehmer, die Belehrung über das Widerrufsrecht und die Folgen eines Widerrufs im Antrag sowie den Versicherungsschein erhalten haben. Um die Frist zu wahren, genügt es, wenn Sie Ihren Widerruf rechtzeitig absenden. Der Widerruf ist zu richten an die AachenMünchener Lebensversicherung AG, Sachsenring 91, 50677 Köln, bzw. – bei einem Widerruf per Fax – an die Telefax-Nummer 0221/33 95 78 28.

Widerrufsfolgen

Sobald Ihr Widerruf wirksam wird, sind Sie nicht mehr an Ihren Versicherungsantrag gebunden. Sollten wir Ihnen zu diesem Zeitpunkt bereits Versicherungsschutz geboten haben, endet dieser. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten (pro Tag 1/360 des auf ein Jahr entfallenden Beitrags); dafür zahlen wir Ihnen einen gegebenenfalls vorhandenen Rückkaufswert einschließlich Überschussbeteiligung. Dies gilt jedoch nur, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag. Wir zahlen den Ihnen jeweils zustehenden Betrag unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

11. Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?

Ihre Kinderinvaliditäts-Versicherung nach Tarif SKN endet grundsätzlich zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer oder wenn die versicherte Person vorher stirbt. Leistungen aufgrund einer Invalidität, die während der Versicherungsdauer eingetreten ist, werden grundsätzlich lebenslang erbracht, sofern die Anspruchsvoraussetzungen weiter bestehen.

Ihre Rentenversicherung nach Tarif VAN läuft grundsätzlich solange, wie die versicherte Person lebt. Stirbt sie nach Rentenbeginn während der vereinbarten Garantiezeit der Rente, erlischt die Rentenversicherung mit Ablauf der Rentengarantiezeit. Die Rentenversicherung endet ferner bei einer vollständigen Kapitalabfindung oder wenn wir bei Tod der versicherten Person während der Garantiezeit der Rente die noch ausstehenden garantierten Renten auf Wunsch des Anspruchsberechtigten abgefunden haben.

Eine eingeschlossene Versorger- bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod bzw. Berufsunfähigkeit des Versorgers endet mit Ablauf der Versicherungsdauer dieser jeweiligen Zusatzversicherung. Tritt hier der Leistungsfall ein, kann eine gegenüber der Versicherungsdauer verlängerte Leistungsdauer vereinbart sein. Eine mitversicherte Option auf späteren Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (BU-Options-Zusatzversicherung) endet mit Ausübung der Option, spätestens zum vereinbarten letzten Optionstermin. Mit Ausnahme der Versorger-Zusatzversicherung endet eine Zusatzversicherung in jedem Fall mit dem Tod ihrer jeweiligen versicherten Person.

Alle Laufzeiten und Fristen zur Hauptversicherung und den eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen sind für Sie im Antrag dokumentiert.

12. Können Sie vorzeitig Ihren Versicherungsvertrag beenden oder Ihre Beitragszahlung einstellen?

Bei Tarif SKN können Sie, sofern wir keine Leistung aus der Kinderinvaliditäts-Versicherung erbringen und bei Tarif VAN, sofern die Rentenzahlung noch nicht begonnen hat, Ihren Versicherungsvertrag ganz oder teilweise kündigen; die maßgeblichen Termine hierzu finden Sie in dem zugehörigen Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Für den Fall einer teilweisen Kündigung nennen wir dort auch die Mindestbeträge, welche die verbleibende beitragspflichtige Invaliditätsrente und Ihr verbleibender Tarifbeitrag noch erreichen müssen.

Anstelle einer Kündigung können Sie zum gleichen Zeitpunkt auch verlangen, dass wir Ihre Versicherung, sofern sie noch beitragspflichtig ist, in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Dadurch vermindert sich verständlicherweise der Versicherungsschutz. Voraussetzung für eine Beitragsfreistellung ist allerdings, dass die in dem zugehörigen Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte beitragsfreie Invaliditätsrente nicht unterschritten wird.

Einzelheiten zur Kündigung oder Beitragsfreistellung einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung ergeben sich aus den zugehörigen Paragraphen der Bedingungen für die jeweilige Zusatzversicherung. Zusatzversicherungen bilden mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen sind, eine Einheit und können ohne die Hauptversicherung grundsätzlich nicht fortgesetzt werden. Hiervon ausgenommen ist in bestimmten Fällen eine eingeschlossene BU-Options-Zusatzversicherung.

Laufende lebenslange Teilrenten bei Tarif VAN sowie Ansprüche aus einer Versoger- bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf einem bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eingetretenen Versicherungsfall beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt.

Bitte beachten Sie, dass die Kündigung oder die eventuelle Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung für Sie mit Nachteilen verbunden sein können. Informationen zur Höhe der Rückkaufswerte und der beitragsfreien Invaliditätsrenten erhalten Sie unter der nachfolgenden Nr. 18.

13. Welches Recht ist auf Ihren Versicherungsvertrag anwendbar, und welches Gericht ist für eventuelle Klagen aus dem Vertrag zuständig?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung, u. a. das Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Dem Paragraphen „Wo ist der Gerichtsstand?“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen können Sie entnehmen, welches Gericht jeweils zuständig ist, falls Sie oder wir eine Klage aus dem Versicherungsvertrag erheben.

14. In welcher Sprache sind die Vertragsbedingungen und Kundeninformationen verfasst, und in welcher Sprache kommunizieren wir mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags?

Wir teilen Ihnen alle Vertragsbedingungen und Kundeninformationen in deutscher Sprache mit. Auch während der Vertragslaufzeit verständigen wir uns mit Ihnen in Deutsch.

15. An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?

Bei Fragen oder Beschwerden zu Ihrer Versicherung wenden Sie sich bitte an Ihren Vermögensberater. Er (oder sie) ist gerne bereit, Ihnen behilflich zu sein.

Und wenn Sie einmal mit uns nicht zufrieden sind?

Bitte melden Sie sich jederzeit mit Ihrem Anliegen oder Ihrer Beschwerde direkt bei Ihrer Kundenservice-Direktion. Die Adresse und Telefonnummer finden Sie in dem Begleitschreiben zu Ihrem Versicherungsschein. Darüber hinaus können Sie sich auch über unsere Internetseite an uns wenden:

www.amv.de/Lob-Kritik

Sollte Ihr Problem auf diesem Wege nicht zu lösen sein, schreiben Sie bitte unserem Vorstand:

Vorstand der
AachenMünchener Lebensversicherung AG
52054 Aachen

Wir sind sicher, dass wir gemeinsam mit Ihnen Ihr Anliegen oder Ihre Beschwerde klären werden.

Wenn Sie aber mit unserer Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie als unabhängigen und neutralen Schlichter den Versicherungsombudsmann ansprechen:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Weitere Kontaktwege und Informationen hierzu finden Sie auf www.versicherungsombudsmann.de.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige Schlichtungsstelle. Er überprüft neutral, schnell und unbürokratisch die Entscheidungen der Versicherer. Für Sie als Verbraucher arbeitet er kostenfrei.

Sie können Ihre Beschwerde auch an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Bereich Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht,
Graurheindorfer Str. 108,
53117 Bonn,

richten. Die BaFin ist allerdings keine Schiedsstelle und ihre Entscheidung in einzelnen Streitfällen nicht verbindlich.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind. Unser Kundenservice ist ausgezeichnet – Ihre Anliegen nehmen wir sehr ernst.

Besondere Informationen

16. Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet und welche können zusätzlich entstehen?

Die Abschlusskosten sowie die übrigen Kosten (Verwaltungskosten) haben wir bei der Kalkulation Ihres Tarifbeitrags bzw. des von Ihnen zu zahlenden Beitrags bereits berücksichtigt. Weitere Angaben, auch zu möglichen sonstigen Kosten, enthält Nr. 3 im Produktinformationsblatt bzw. Informationsblatt, das Sie vor Antragsunterzeichnung erhalten.

17. Welche Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe gelten für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung?

Der Versicherungsschutz, den wir Ihnen für die gesamte Vertragslaufzeit zusagen, erfordert von uns eine vorsichtige Tarifrückkalkulation. Wir müssen insbesondere für eine ungünstige

Entwicklung der versicherten Risiken und für Kostensteigerungen ausreichend Vorsorge treffen. Unsere vorsichtigen Annahmen hierzu führen zu Überschüssen, an denen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer beteiligen. Dies gilt ggf. auch für die Erträge, die wir aus den Kapitalanlagen erzielen.

Charakteristisch für die Rentenversicherung nach Tarif VAN sind zudem die langfristigen Garantien, die wir Ihnen vor allem zu den lebenslangen Rentenzahlungen geben. Da wir in diesem Fall für das nicht fonds- oder goldgebundene Guthaben vor Rentenbeginn bzw. die Deckungsrückstellung Ihrer Versicherung eine Mindestverzinsung garantieren, müssen wir ausreichend Vorsorge für Veränderungen der Kapitalmärkte treffen.

Soweit Ihre Rentenversicherung nach Tarif VAN fonds- oder goldgebunden ist, hängt der Ertrag des Vertrages vor Rentenbeginn maßgeblich von der Entwicklung der Anlagestöcke ab, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (vgl. Nr. 5). Auch die Erträge, welche die Fondsgesellschaften aus den hierin enthaltenen Vermögenswerten ausschütten, fließen unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu und ergeben damit zusätzliche Anteileinheiten für Ihren Vertrag.

Bei der Wahl der fondsgebundenen Überschussbeteiligung bei Tarif SKN fließen die von den Fondsgesellschaften ausgeschütteten Erträge, die sie aus den Vermögenswerten der Anlagestöcke erzielen, unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu. Diese ergeben zusätzliche Anteileinheiten für Ihr Fondsguthaben.

Wie entstehen die Überschüsse?

Überschüsse erzielen wir in der Regel aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis. Die Überschüsse sind umso größer, je weniger Versicherungsfälle eintreten und je sparsamer wir wirtschaften. Gegebenenfalls können weitere Überschüsse aus dem Kapitalanlageergebnis hinzukommen.

- Risikoergebnis

Bei der Tarifikalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch wird sichergestellt, dass die vertraglichen Leistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn sich die versicherten Risiken ungünstig entwickeln. Ist der Risikoverlauf dagegen in der Realität günstiger als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse. Bei Rentenversicherungen nach Tarif VAN wird insbesondere sichergestellt, dass die vertraglichen Rentenleistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn die durchschnittliche Lebenserwartung aller Rentenversicherten steigt. Ist die Dauer des Rentenbezugs dagegen in der Realität kürzer als kalkuliert, entstehen hier Risikoüberschüsse.

- Kostenergebnis

Ebenso haben wir auch Annahmen über die zukünftige Kostenentwicklung getroffen. Wirtschaften wir sparsamer als kalkuliert, entstehen Kostenüberschüsse.

- Kapitalanlageergebnis

Damit wir unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllen können, müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden und Mittel in entsprechender Höhe anlegen (z. B. in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Dies überwachen unser Verantwortlicher Aktuar und unser Treuhänder des Sicherungsvermögens. Bei der Berechnung der Deckungsrückstellung wird ein Zinssatz von 0,9 % p. a. zugrunde gelegt. Dies bedeutet, dass sich die Vermögenswerte mindestens in dieser Höhe verzinsen müssen. In der Regel übersteigen die Kapitalerträge diesen Mindestzins, da wir das Vermögen nach den Prinzipien möglichst großer Rentabilität und Sicherheit anlegen. Außerdem beachten wir den wichtigen Grundsatz der Mischung und Streuung. Dadurch können bei gleichem Risiko höhere Renditen erzielt werden, weil sich Ertragsschwankungen teilweise untereinander ausgleichen.

Soweit es sich vor Rentenbeginn beim Anlagevermögen Ihrer Rentenversicherung nach Tarif VAN um nicht fonds- oder goldgebundenes Guthaben handelt und jedenfalls nach Rentenbeginn entstehen Überschüsse im Wesentlichen durch die Erträge aus den Kapitalanlagen in unserem sonstigen Sicherungsvermögen.

Auf das Kapitalanlageergebnis wirken sich natürlich auch die Aufwendungen für das Management der Kapitalanlagen, Abschreibungen, Zuschreibungen und die Realisierung von Bewertungsreserven aus. Kapitalanlagen des sonstigen Sicherungsvermögens dürfen höchstens mit ihren Anschaffungs- oder Herstellungskosten bewertet werden. Einen Einfluss auf die Bewertung hat auch, ob wir die Kapitalanlagen dauerhaft halten wollen (Anlagevermögen) oder nur vorübergehend (Umlaufvermögen). Bei Kapitalanlagen des Umlaufvermögens ist im Falle einer Wertminderung überschussmindernd auf den Wert zum Bilanzstichtag abzuschreiben. Bei Kapitalanlagen des Anlagevermögens muss dagegen nur bei einer voraussichtlich dauerhaften Wertminderung abgeschrieben werden. Wurden in der Vergangenheit Abschreibungen vorgenommen und steigt der Wert der Kapitalanlagen wieder, dann ist der Wertansatz in der Bilanz entsprechend zu erhöhen (sog. Wertaufholungsgebot). Dies führt zu einem höheren Überschuss. Obergrenze für diese Zuschreibung sind bei beiden Vermögensarten die Anschaffungs- oder Herstellungskosten. Auch dies ist eine Ausprägung des Vorsichtsprinzips.

Wir möchten dies an einem Beispiel verdeutlichen:

Wenn wir für 100.000 € Aktien einer Gesellschaft gekauft haben, sind diese in der Bilanz auch dann mit 100.000 € anzusetzen, wenn sie zum Bilanzstichtag einen Wert von 150.000 € haben, unabhängig davon, ob es sich um Anlage- oder Umlaufvermögen handelt. Beträgt der Wert der Aktien zum Bilanzstichtag dagegen nur noch 80.000 €, dann ist bei Aktien des Umlaufvermögens dieser Betrag für den Wertansatz in der Bilanz maßgebend. Bei Aktien des Anlagevermögens besteht dagegen nur dann eine Verpflichtung zur Abschreibung auf 80.000 €, wenn eine voraussichtliche dauerhafte Wertminderung vorliegt. Bei vorübergehender Wertminderung können die Aktien weiterhin mit 100.000 € in der Bilanz ausgewiesen werden. Wurde eine Abschreibung im Umlauf- oder Anlagevermögen auf 80.000 € vorgenommen und steigt der Kurswert der Aktien bis zum nächsten Bilanzstichtag wieder auf z. B. 120.000 € an, dann ist eine Zuschreibung von 20.000 € vorzunehmen und in der Bilanz sind wieder die ursprünglichen Anschaffungskosten von 100.000 € auszuweisen.

Steigt der Wert der Kapitalanlagen über die Anschaffungskosten hinaus, entstehen Bewertungsreserven. Diese bilden einen Puffer, um kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Weitere Erläuterungen hierzu finden Sie im Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wie werden die Überschüsse ermittelt und festgestellt?

Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Wie beteiligen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen, und wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

Die von uns erwirtschafteten Überschüsse kommen zum ganz überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Der übrige Teil wird an die Aktionäre ausgeschüttet bzw. den Rücklagen des Unternehmens zugeführt. Über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer gibt Ihnen der zugehörige Abschnitt des Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Auskunft.

Da die verschiedenen Versicherungsarten in unterschiedlichem Umfang zum Überschuss beitragen, fassen wir gleich-

artige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammen. Kriterien für die Bildung einer solchen Gruppe sind die Art der Kapitalanlage und das versicherte Risiko. Danach werden z. B. Risiko-Lebensversicherungen, Kinderinvaliditäts-, Berufsunfähigkeits-Versicherungen und Rentenversicherungen jeweils eigenen Gruppen zugeordnet. Darüber hinaus haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen des in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverbandes innerhalb der dort ebenfalls aufgeführten Bestandsgruppe.

Für Versicherungen nach Tarif SKN gilt:

Solange noch keine Invalidität eingetreten ist, teilen wir Ihrem Vertrag – soweit vereinbart – zu jeder Beitragsfähigkeit Überschussanteile zu und rechnen sie direkt auf Ihren Beitrag an. Stattdessen besteht aber auch die Möglichkeit, dass wir die Überschussanteile der Hauptversicherung jeweils am Ende eines Versicherungsjahres zuteilen und entweder verzinslich ansammeln oder in Investmentfonds anlegen (siehe Nr. 5). Die von Ihnen gewünschte Art der Überschussverwendung haben wir in dem Abschnitt „Maßgebende Versicherungsbedingungen / Zusätzliche Vereinbarungen“ dargelegt. Nach Eintritt einer Invalidität erhält Ihr Vertrag ebenfalls jährliche Überschussanteile, die wir dann zur Erhöhung Ihrer Invaliditätsrente verwenden. Bei Ablauf der Versicherungsdauer oder bei einer vorzeitigen Beendigung Ihres Vertrags können ein Schluss-Überschussanteil oder eventuell vorhandene Bewertungsreserven hinzukommen.

Für Versicherungen nach Tarif VAN gilt:

Wir teilen Ihrem Vertrag in der Regel laufende Überschussanteile zu. Soweit wir Überschussanteile auf Ihren Beitrag anrechnen, erfolgt die Zuteilung zu jeder Beitragsfähigkeit. Darüber hinaus können zu Beginn der Rentenzahlung oder bei einer vorzeitigen Beendigung Ihres Vertrags ein Schluss-Überschussanteil sowie eventuell vorhandene Bewertungsreserven hinzukommen. Während der Rentenzahlung kann sich unter den in dem Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der AVB genannten Voraussetzungen eine Beteiligung an eventuell vorhandenen Bewertungsreserven ergeben.

Weitere Erläuterungen zur Überschussverwendung bei der Hauptversicherung sowie bei eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen können Sie den zugehörigen Paragraphen der einzelnen Bedingungswerke entnehmen.

Die Höhe der Überschussanteil-Sätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteil-Sätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern. Sie finden ihn auch auf unserer Internetseite: www.amv.de.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung ist nicht garantiert.

Versicherungsmathematische Hinweise:

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten Leistungen der Rentenversicherung nach Tarif VAN basiert auf Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004 R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegend dem Erlebensfallcharakter (Basistafel mit Trendfunktion) ohne weitere Zu- und Abschläge, wegen der gesetzlichen Anforderung, Beiträge und Leistungen unabhängig vom Geschlecht zu berechnen, ausgehend von einem Verhältnis 48 % Männer und 52 % Frauen gewichtet zu einer „mittleren“ Sterbewahrscheinlichkeit. Als Rechnungszins werden 0,9 % p. a. angesetzt.

18. Wie hoch sind der Rückkaufswert und die beitragsfreien Leistungen im Falle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung, und inwieweit sind diese Leistungen bei Vertragsabschluss garantiert?

Unter Nr. 12 haben wir bereits auf die grundsätzlichen Voraussetzungen hingewiesen, unter denen Sie Ihren Vertrag kündigen oder ggf. beitragsfrei stellen können.

Bei einer vollständigen Kündigung erhalten Sie – soweit vorhanden – den Rückkaufswert, vermindert um einen Abzug, ggf. erhöht um Leistungen aus der Überschussbeteiligung.

Für Versicherungen nach Tarif SKN gilt:

Der Rückkaufswert orientiert sich an dem Deckungskapital Ihrer Versicherung zum maßgebenden Kündigungstermin. Ist Ihre Versicherung beitragspflichtig, setzen wir im Falle einer Beitragsfreistellung die versicherte Invaliditätsrente und die Leistungen aus eventuellen Zusatzversicherungen nach den in den Versicherungsbedingungen beschriebenen Regeln herab. Der Auszahlungsbetrag bei Kündigung und die beitragsfreie Invaliditätsrente erreichen mindestens die bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebeträge. Eine Übersicht dieser Garantiewerte ist in der Anlage zum Antrag abgedruckt. Werden die Versicherungsleistungen aufgrund des Dynamikplans erhöht, so erhöhen sich im Allgemeinen auch die Garantiewerte. Die aktualisierten Werte teilen wir Ihnen jeweils in einem Nachtrag zu Ihrer Versicherung mit.

Für Versicherungen nach Tarif VAN gilt:

Bei einer vollständigen Kündigung erhalten Sie grundsätzlich den Rückkaufswert, vermindert um einen Abzug, ggf. erhöht um Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Dabei erfolgt der Abzug bei der Rentenversicherung nach Tarif VAN nur vor Beginn der Verfügungsphase. Ist Ihre Versicherung beitragspflichtig, setzen wir im Falle einer Beitragsfreistellung die versicherten Leistungen nach den in den Versicherungsbedingungen beschriebenen Regeln herab.

Die alleinige Kündigung der BU-Options-Zusatzversicherung führt im Regelfall zu ihrer beitragsfreien Fortführung. Wird die BU-Options-Zusatzversicherung in den letzten fünf Jahren ihrer vereinbarten Laufzeit zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt, wird die Options-Zusatzversicherung im Regelfall ebenfalls beitragsfrei fortgeführt.

19. Welche Investmentfonds stehen Ihnen für die fondsgebundene Vermögensanlage zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken? Was ist in dieser Hinsicht bei der Anlage im internen Fonds für die goldgebundene Anlage von Bedeutung?

Die Beschreibungen der Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken der im Folgenden aufgeführten Investmentfonds wurden mit den jeweiligen Verwaltungsgesellschaften der Investmentfonds zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Informationen abgestimmt (Stand Juni 2018). Hierfür sind diese Gesellschaften alleine verantwortlich. Weitergehende Informationen, insbesondere auch über die mit den jeweiligen Investmentanlagen verbundenen Risiken, können Sie den aktuellen Verkaufsprospekten der Gesellschaften, ergänzt durch den jeweiligen letzten geprüften Jahresbericht und den jeweiligen Halbjahresbericht, entnehmen. Für deren Vollständigkeit und Richtigkeit haftet der jeweilige Herausgeber. Bitte beachten Sie, dass im Hinblick auf alle diesbezüglichen Informationen der aktuelle Verkaufsprospekt allein maßgeblich ist, den Sie bei uns oder den Fonds-Verwaltungsgesellschaften in elektronischer oder gedruckter Form anfordern können. Diesen finden Sie auch auf der Internetseite der jeweiligen Fonds-Verwaltungsgesellschaft. In den Verkaufsprospekten finden Sie auch Angaben darüber, in welcher Höhe die Fonds-Verwaltungsgesellschaften Kosten für die Verwaltung der Fonds berechnen. Die Fonds-Verwaltungsgesellschaften zahlen aus den von ihr in die Fonds eingerechneten Kosten wiederkehrend Vergütungen in Höhe von monatlich umgerechnet bis zu 0,09 % des jeweiligen Fondsvermögens an uns oder an

unsere Kooperationspartner für die Vermittlung und Betreuung von Versicherungen. Die Vergütung bezieht sich auf die jeweils in unseren Anlagestöcken vorhandenen Vermögenswerte der einzelnen Fonds. Die Höhe der Vergütung zu einem bestimmten Fonds werden wir Ihnen auf Nachfrage mitteilen. Eine uns von den Fonds-Verwaltungsgesellschaften gezahlte Vergütung erhöht die Überschüsse, an denen Sie beteiligt werden.

Soweit es sich beim Anlagevermögen um Anteile am internen Fonds für die goldgebundene Anlage handelt, zahlen wir an diese Kooperationspartner auf das Goldvermögen aus den von uns für die Aufbewahrung und Sicherung des Goldbestandes eingerechneten Kosten wiederkehrend eine Vergütung in Höhe von monatlich umgerechnet 0,06 %.

Die einzelnen Investmentfonds unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Anlageziele und der damit verbundenen Chancen und Risiken. Angaben hierzu enthalten die nach gesetzlichen Vorgaben gestalteten „Wesentlichen Anlegerinformationen“ der Fonds-Verwaltungsgesellschaften. Hierbei handelt es sich um ein Informationsblatt, in dem in übersichtlicher und verständlicher Form Anlageziele, Kosten und Wertentwicklung sowie Risiko- und Ertragsprofil eines Investmentfonds dargestellt werden. Danach wird jeder Investmentfonds auf einer Risiko-Skala von 1 (geringeres Risiko bei typischerweise geringerem Ertrag) bis 7 (höheres Risiko bei typischerweise höherem Ertrag) nach folgender Systematik eingestuft:

Risiko- und Ertragsprofil

← Typischerweise geringerer Ertrag			Typischerweise höherer Ertrag →			
← Geringeres Risiko			Höheres Risiko →			
1	2	3	4	5	6	7

Die Berechnung des Risiko- und Ertragsprofils beruht auf historischen bzw. simulierten Daten. Dieser Risikoindikator unterliegt Veränderungen; die Einstufung des Fonds kann sich im Laufe der Zeit verändern und kann nicht garantiert werden. Auch ein Fonds, der in die niedrigste Risikoklasse 1 eingestuft wird, stellt keine völlig risikolose Anlage dar.

Zu jedem der folgenden Fonds ist die Risikoklasse angegeben, in welche der Fonds gemäß dieser Risiko-Skala eingestuft ist.

Die „Wesentlichen Anlegerinformationen“ finden Sie auf der Internetseite der jeweiligen Fonds-Verwaltungsgesellschaft.

Details zu jedem einzelnen Fonds können Sie ferner den von den Fonds-Verwaltungsgesellschaften veröffentlichten „Fondsfakten“ entnehmen. Auch diese finden Sie auf der Internetseite der jeweiligen Fonds-Verwaltungsgesellschaft sowie auf unserer Internetseite: www.amv.de/fondsauswahl.

Deutsche Asset Management

Garantiefonds:

DWS Funds Global Protect 90

WKN DWS1TH – ISIN LU0828003284

Risikoklasse 3

Investmentgesellschaft:
DWS Funds SICAV (Luxemburg)

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Garantiefonds mit einer 90 %igen Garantie des höchsten bisher erreichten Anteilwertes

Die Deutsche Asset Management S.A. garantiert, dass der Anteilwert des Fonds zuzüglich etwaiger Ausschüttungen nicht unter 90 % des höchsten erreichten Netto-Inventarwertes liegt. Sollte der Garantiewert nicht erreicht werden, wird die Deutsche Asset Management S.A. den Differenzbetrag aus eigenen Mitteln in das Fondsvermögen einzahlen.

Der Garantiewert wird täglich ermittelt:

Der Garantiewert entspricht 90 % des höchsten Netto-Inventarwertes. Dadurch wird die Höhe der gegebenen Garantie auf jeweils 90 % des höchsten Netto-Inventarwertes kontinuierlich nach oben nachgezogen. Mit dem jeweils zusätzlichen Erreichen einer weiteren „Lock-In“-Schwelle können so nacheinander verschiedene Garantiewerte erreicht werden, an denen alle Anteilinhaber partizipieren, so dass die Gleichbehandlung aller Anteilinhaber gewährleistet ist und der Anteilinhaber an dem höchsten erreichten Garantiewert partizipiert.

Sofern steuerliche Änderungen innerhalb des Garantiezeitraums die Wertentwicklung des Fonds negativ beeinflussen, ermäßigt sich die Garantie um den Betrag, den diese Differenz einschließlich entgangener markt- und laufzeitgerechter Wiederanlage pro Anteil ausmacht.

Einzelheiten zu der Garantie und zu dem aktuellen Garantieniveau können bei der Deutschen Asset Management Investment GmbH, Mainzer Landstraße 11 - 17, 60329 Frankfurt am Main, oder bei der Deutschen Asset Management S.A., Boulevard Konrad Adenauer, L-1115 Luxemburg, erfragt werden. Sie finden außerdem Erwähnung in den Jahres- und Halbjahresberichten des Fonds.

Bei der beschriebenen Garantiezusage der Deutschen Asset Management S.A. zu dem Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 handelt es sich nicht um eine Garantiezusage der AachenMünchener Lebensversicherung AG. Die AachenMünchener Lebensversicherung AG haftet nicht bei Nichterfüllung der Garantiezusage der Deutschen Asset Management S.A. Bei der DWS Funds SICAV und der Deutschen Asset Management S.A. handelt es sich um Investment- bzw. Verwaltungsgesellschaften nach luxemburgischem Recht, die anderen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterliegen als deutsche Lebensversicherer.

Aus der Garantiezusage der Deutschen Asset Management S.A. im Rahmen des Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 resultiert ein bestimmter Mindestwert je Anteilseinheit des auf den Garantiefonds entfallenden Fondsguthabens Ihres Versicherungsvertrags. Inhalt und Umfang der Garantiezusage der Deutschen Asset Management S.A. ergeben sich aus deren vorstehender Beschreibung sowie aus dem Verkaufsprospekt der DWS Funds SICAV.

Die Garantiezusage der Deutschen Asset Management S.A. bezieht sich nicht auf eine absolute Höhe des auf den Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 entfallenden Fondsguthabens und auch nicht auf eine bestimmte Anzahl von Anteilseinheiten. Insbesondere bleibt die tarifliche Entnahme von Anteilseinheiten aus dem Fondsguthaben für vorgezogene Teilrenten bzw. Teilkapitalabfindungen von der Garantiezusage der Deutschen Asset Management S.A. unberührt. Diese Entnahme kann dazu führen, dass das auf den Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 entfallende Deckungskapital nur noch wenige Anteilseinheiten umfasst und der Geldwert des Deckungskapitals trotz des garantierten Mindestwertes je Anteilseinheit im Verhältnis zu den Anlagebeträgen gering ausfällt.

Sollte der garantierte Mindestwert je Anteilseinheit nicht erreicht werden, wird die Deutsche Asset Management S.A. den Differenzbetrag aus eigenen Mitteln in das Fondsvermögen einzahlen (vgl. vorstehende Fondsbeschreibung). Kommt die Deutsche Asset Management S.A. dennoch ihren Verpflichtungen nicht nach, haftet die AachenMünchener Lebensversicherung AG nicht. Sie wird in diesem Fall auch keine Zahlungen übernehmen, soweit sie sich aus dem von der Deutschen Asset Management S.A. erbrachten Betrag nicht ergeben.

Dachfonds:

Champions Select Balance VC

WKN DWS 2W3 – ISIN DE000DWS2W30

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Champions Select Balance strebt langfristig eine möglichst hohe Wertentwicklung in Euro an. Wesentliche Schwerpunkte

bei der Umsetzung der Anlagestrategie können dabei liegen auf

- a) Anlagen mit hohem Wertsteigerungspotenzial, die typischerweise auch erhöhten Wertschwankungen unterliegen und
- b) Anlagen mit weniger hohem Wertsteigerungspotenzial, die typischerweise nur begrenzten Wertschwankungen unterliegen.

Grundlage des Anlageprozesses bildet eine langfristig ausgerichtete strategische Allokation. Die Umsetzung dieser Allokation kann über Zielfonds von DWS und anderen Anbietern erfolgen. Das Fondsvermögen kann darüber hinaus in allen anderen zulässigen Vermögenswerten angelegt werden. Im Rahmen des Selektionsprozesses sollen dabei solche Zielfonds („Champions“) ausgewählt werden, die über besonders attraktive Merkmale verfügen. Hierzu zählen beispielsweise der langfristige Anlageerfolg, ein konsistenter Investmentprozess und gute externe Fondsratings renommierter Ratinganbieter. Aufgrund seiner Anlageschwerpunkte kann der Champions Select Balance kapitalmarktbedingt Wertschwankungen unterliegen. Der Verkaufsprospekt stellt die allein verbindliche Grundlage für den Kauf von Fondsanteilen dar.

Champions Select Dynamic VC

WKN DWS 2W1 – ISIN DE000DWS2W14

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Champions Select Dynamic strebt langfristig eine möglichst hohe Wertentwicklung in Euro an. Ein wesentlicher Schwerpunkt bei der Umsetzung der Anlagestrategie kann dabei auf Anlagen mit hohem Wertsteigerungspotential liegen, die typischerweise auch erhöhten Wertschwankungen unterliegen. Grundlage des Anlageprozesses bildet eine langfristig ausgerichtete strategische Allokation. Die Umsetzung dieser Allokation kann über Zielfonds von DWS und anderen Anbietern erfolgen. Das Fondsvermögen kann darüber hinaus in allen anderen zulässigen Vermögenswerten angelegt werden. Im Rahmen des Selektionsprozesses sollen dabei solche Zielfonds („Champions“) ausgewählt werden, die über besonders attraktive Merkmale verfügen. Hierzu zählen beispielsweise der langfristige Anlageerfolg, ein konsistenter Investmentprozess und gute externe Fondsratings renommierter Ratinganbieter. Aufgrund seiner Anlageschwerpunkte kann der Champions Select Dynamic kapitalmarktbedingt Wertschwankungen unterliegen. Der Verkaufsprospekt stellt die allein verbindliche Grundlage für den Kauf von Fondsanteilen dar.

Deutsche Multi Opportunities LD

WKN DWS 12A – ISIN LU0989117667

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Der Dachfonds Deutsche Multi Opportunities strebt als Anlageziel einen möglichst hohen Wertzuwachs in Euro an. Der Dachfonds investiert zu mindestens 51 % des Netto-Fondsvermögens in Zielfonds. Für den Fonds können Anteile an in- und ausländischen Aktienfonds, gemischten Wertpapierfonds, Wertpapierrentenfonds und geldmarktnahen Wertpapierfonds erworben werden. Daneben kann das Fondsvermögen u.a. in Aktien, fest und variabel verzinslichen Wertpapieren, Aktienzertifikaten sowie Wandelschuldverschreibungen angelegt werden. Dabei wird auf eine internationale Streuung geachtet.

Aktienfonds (TRC – Trend Risk Control):

DWS TRC Deutschland

WKN DWS 08N – ISIN DE000DWS08N1

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Mindestens 85 % des Wertes des Sondervermögens werden in Anteilen des Masterfonds DWS Deutschland (WKN: 849 096) angelegt. Darüber hinaus wird eine Kombination geeigneter Anlageinstrumente zur teilweisen Absicherung des Aktienmarktrisikos des Masterfonds eingesetzt. Bis zu 80 % des Aktienmarktrisikos des Masterfonds können so in Abhängigkeit von der Markteinschätzung abgesichert werden.

DWS TRC Global Growth

WKN DWS 1W8 – ISIN DE000DWS1W80

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Mindestens 85 % des Wertes des Sondervermögens werden in Anteilen des Masterfonds DWS Global Growth (WKN: 515 244) angelegt. Darüber hinaus wird eine Kombination geeigneter Anlageinstrumente zur teilweisen Absicherung des Aktienmarktrisikos des Masterfonds eingesetzt. Bis zu 80 % des Aktienmarktrisikos des Masterfonds können so in Abhängigkeit von der Markteinschätzung abgesichert werden.

DWS TRC Top Asien

WKN DWS 08Q – ISIN DE000DWS08Q4

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Mindestens 85 % des Wertes des Sondervermögens werden in Anteilen des Masterfonds DWS Top Asien LC (WKN 976 976) angelegt. Darüber hinaus wird eine Kombination geeigneter Anlageinstrumente zur teilweisen Absicherung des Aktienmarktrisikos des Masterfonds eingesetzt. Bis zu 80 % des Aktienmarktrisikos des Masterfonds können so in Abhängigkeit von der Markteinschätzung abgesichert werden.

DWS TRC Top Dividende

WKN DWS 08P – ISIN DE000DWS08P6

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Mindestens 85 % des Wertes des Sondervermögens werden in Anteilen des Masterfonds DWS Top Dividende (WKN: 984 811) angelegt. Darüber hinaus wird eine Kombination geeigneter Anlageinstrumente zur teilweisen Absicherung des Aktienmarktrisikos des Masterfonds eingesetzt. Bis zu 80 % des Aktienmarktrisikos des Masterfonds können so in Abhängigkeit von der Markteinschätzung abgesichert werden.

Aktienfonds:

Deutsche Invest I Top Euroland LD

WKN 552 517 – ISIN LU0145647052

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Mindestens 75 % des Teilfondsvermögens werden in Aktien von Emittenten mit Sitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion (EWU) investiert. Bei der Suche nach den Marktführern von heute und morgen kann das Fondsmanagement sowohl Large als auch Small und Mid Caps berücksichtigen, der Schwerpunkt liegt dabei auf hoch kapitalisierten Werten. Es werden rund 40 bis 60 Aktien in das Portfolio genommen, die nach Einschätzung des Fondsmanagements überdurchschnittliches Gewinnpotenzial aufweisen.

Deutsche Invest II European Top Dividend LD

WKN DWS 1D9 – ISIN LU0781237705

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Der Fonds bietet eine Aktienanlage mit Chance auf laufenden Ertrag. Das Management investiert vorrangig in Aktien hochkapitalisierter europäischer Unternehmen, die neben einer überdurchschnittlichen Dividendenrendite auch ein prognostiziertes Dividendenwachstum sowie eine angemessene Ausschüttungsquote (Anteil der Dividendenausschüttung am Jahresüberschuss) aufweisen. Das alles reicht aber noch nicht aus, auch Fundamentaldaten wie Bilanzqualität und Geschäftsmodell müssen stimmen. Erst wenn diese Prüfung positiv ausgefallen ist, hat eine Aktie die Chance, in das Portfolio aufgenommen zu werden.

DWS Akkumula LC

WKN 847 402 – ISIN DE0008474024

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Den Klassiker unter den DWS-Aktienfonds zeichnet eine flexible, nicht starr an Index-Gewichtungen orientierte Anlagepolitik aus – die Titelauswahl ist Stock Picking pur nach fundamentalem Ansatz. Das Fondsmanagement konzentriert sich auf Standardwerte, so genannte Blue Chips, rund um den Globus und achtet dabei auf eine der Marktlage angemessenen Mischung substanzstarker und wachstumsorientierter Unternehmen.

DWS Aktien Strategie Deutschland LC

WKN 976 986 – ISIN DE0009769869

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Der Fonds investiert vorwiegend in deutschen Standardwerten (Blue Chips) und wachstumsstarken mittleren (Mid Caps) und kleineren Werten (Small Caps). Die zugrundeliegende Benchmark ist der HDAX.

DWS Deutschland LC

WKN 849 096 – ISIN DE0008490962

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Der Fonds investiert in substanzstarke deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index unter flexibler Beimischung ausgewählter Small Caps und Mid Caps.

DWS Emerging Markets Typ O ND

WKN 977 301 – ISIN DE0009773010

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Aktien von Unternehmen in Emerging Markets, die nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft über eine starke Marktposition und überdurchschnittlich gute Wachstumsperspektiven verfügen. Zu den Risiken einer Anlage in Schwellenländern vgl. Verkaufsprospekt.

DWS European Opportunities LD

WKN 847 415 – ISIN DE0008474156

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Ausgewählte europäische Unternehmen mit mittlerer (Mid Caps), daneben mit kleiner Marktkapitalisierung (Small Caps).

DWS Eurovesta

WKN 849 084 – ISIN DE0008490848

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

DWS Eurovesta investiert hauptsächlich in europäische Aktien.

DWS Global Growth

WKN 515 244 – ISIN DE0005152441

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

DWS Global Growth ist der Fonds für Wachstumswerte – Aktien von Unternehmen, die ein überdurchschnittlich hohes strukturelles Wachstum aufweisen und, was wichtiger ist, nach Einschätzung des Fondsmanagements überdurchschnittlich gute Wachstumsperspektiven haben. Die Aktienauswahl erfolgt nach strenger fundamentaler Analyse. Das Fondsmanagement kann zusätzlich, je nach Markteinschätzung, flexibel Titel aus Schwellenländern dem Portfolio beimischen.

DWS Global Value LD

WKN 939 853 – ISIN LU0133414606

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

DWS Global Value bietet dem Anleger eine Selektion von nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft günstig bewerteten Aktien rund um den Globus, die Nachholpotenzial bieten könnten. Das Fondsmanagement konzentriert sich auf Titel, deren Kursniveau von anderen Marktteilnehmern als zu niedrig eingeschätzt wird und bei deren Bewertung die Akteure einen zu kurzen Horizont zugrunde legen. DWS Global Value – das ist Stock Picking mit Langfrist-Charakter und Schwerpunkt auf nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft unterbewerteten Aktien.

DWS Investa LD

WKN 847 400 – ISIN DE0008474008

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index.

DWS Osteuropa

WKN 974 527 – ISIN LU0062756647

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Aktien ausgewählter Unternehmen Mittel- und Osteuropas sowie Russlands und der Türkei. Zu den Risiken aufgrund der Spezialisierung auf einen bestimmten geografischen Bereich vgl. Verkaufsprospekt.

DWS Top Asien LC

WKN 976 976 – ISIN DE0009769760

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Aktien von Unternehmen des asiatisch-pazifischen Raums inkl. Japan, die sich nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft durch eine solide Finanzbasis, langfristige Ertragsstärke, starke Marktstellung und gute Wachstumsperspektiven auszeichnen.

DWS Top Dividende LD

WKN 984 811 – ISIN DE0009848119

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

DWS Top Dividende bietet eine Aktienanlage mit Chance auf laufenden Ertrag. Das Management investiert weltweit in Aktien, vorrangig hochkapitalisierte Werte, die eine höhere Dividendenrendite als der Marktdurchschnitt erwarten lassen.

DWS Top Europe LD

WKN 976 972 – ISIN DE0009769729

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Aktien von europäischen Unternehmen mit nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft wertorientierter Unternehmensführung, solider finanzieller Basis, starker Markstellung und guten Perspektiven.

DWS Top World

WKN 976 979 – ISIN DE0009769794

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Aktien von Unternehmen weltweit, die sich nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft durch gute Positionierung hinsichtlich der globalen Wachstumstrends – verändertes Konsumverhalten, innovative Technologien, steigender Energieverbrauch – auszeichnen.

DWS US Growth

WKN 849 089 – ISIN DE0008490897

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Das Fondsmanagement investiert vorrangig in große und mittelgroße US-amerikanische Aktien mit guten Wachstumsperspektiven. Aktien kanadischer und mexikanischer Unternehmen können beigemischt werden.

DWS Vermögensbildungsfonds I LD

WKN 847 652 – ISIN DE0008476524

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Mit DWS Vermögensbildungsfonds I beteiligen Sie sich an aussichtsreichen Branchen und Unternehmen rund um den Globus. Der Fonds wird aktiv gemanagt – in Form hochwertiger Stock Pickings ohne starre Index-Orientierung. Das gibt dem Fondsmanagement den notwendigen Freiheitsgrad, um performanceträchtige Anlageideen umsetzen zu können.

Aktienfonds (Themenfonds):

Deutsche Invest I Global Infrastructure LD

WKN DWS 0TN – ISIN LU0363470237

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Deutsche Invest I Global Infrastructure investiert vordergründig in Aktien von Emittenten aus dem globalen Infrastruktursektor. Dazu gehören folgende Segmente: Transport (Straßen, Flug- und Seehäfen sowie Schienenverkehr), Energie (Gas- und Stromübertragung, -vertrieb und -erzeugung), Wasser (Bewässerung, Trinkwasser und Abwasser) und Kommunikation (Rundfunk- und Mobilfunkmasten, Satelliten, Glasfaser- und Kupferkabel).

Deutsche Invest I Gold and Precious Metals Equities LD

WKN DWS 0TP – ISIN LU0363470401

Risikoklasse 7

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Anlage in Aktien aussichtsreicher Unternehmen weltweit mit Geschäftsfeld im Edelmetallsektor.

DWS Global Natural Resources Equity Typ O

WKN 847 412 – ISIN DE0008474123

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Aktien, Wandel- und Optionsanleihen von Unternehmen der Rohstoffbranche.

DWS Zukunftsressourcen

WKN 515 246 – ISIN DE0005152466

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Aktien ausgewählter Unternehmen der Sektoren Wasser, Agrochemie und erneuerbare Energien.

Gemischte Fonds:

DWS Balance

WKN 847 419 – ISIN DE0008474198

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Mindestens 35 % des Wertes des Sondervermögens müssen in verzinslichen Wertpapieren angelegt werden. Davon müssen mindestens 51 % der entsprechenden Investmentquote in auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte Wertpapiere von Emittenten angelegt werden, die zum Zeitpunkt ihres Erwerbs über einen Investment-Grade Status verfügen. Bis zu 65 % des Wertes des Sondervermögens können in Aktien angelegt werden. Bis zu 10 % des Wertes des Sondervermögens dürfen in Zertifikaten auf Rohstoffe und Rohstoffindizes angelegt werden.

DWS Defensiv

WKN DWS 1UR – ISIN DE000DWS1UR7

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Mindestens 65 % des Wertes des Sondervermögens müssen in verzinslichen Wertpapieren angelegt werden. Davon müssen mindestens 51 % der entsprechenden Investmentquote in auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte Wertpapiere von Emittenten angelegt werden, die zum Zeitpunkt ihres Erwerbs über einen Investment-Grade Status verfügen. Bis zu 35 % des Wertes des Sondervermögens dürfen in Aktien sowie Zertifikaten auf Rohstoffe und Rohstoffindizes angelegt werden.

DWS Sachwerte

WKN DWS 0W3 – ISIN DE000DWS0W32

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Der Fonds investiert vor allem in Aktien einschließlich Immobilienaktien, inflationsindexierte Anleihen, Anleihen mit variablem Zinssatz sowie Zertifikate auf Rohstoffindizes.

DWS Top Portfolio Offensiv

WKN 984 801 – ISIN DE0009848010

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Ziel der Anlagepolitik ist die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses. Mindestens 60 % des Sondervermögens müssen in Aktien, Aktienfonds bzw. Aktienzertifikaten angelegt werden. Bis zu 40 % des Sondervermögens dürfen in verzinslichen Wertpapieren wie zum Beispiel Staatsanleihen, Unternehmensanleihen beziehungsweise Wandelanleihen in- und ausländischer Aussteller, in Zertifikaten auf Renten beziehungsweise Rentenindizes oder in Rentenfonds angelegt werden. Bis zu 10 % des Sondervermögens dürfen in Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes investiert werden.

DWS Vermögensmandat-Balance

WKN DWS 0NL – ISIN LU0309483435

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

DWS Vermögensmandat-Balance investiert je nach Börsensituation flexibel in Einzelwerten, Fonds und Zertifikaten/Derivaten auf überwiegend europäischer Basis. Je nach Marktlage werden 30 % bis 70 % des Fondsvermögens in wertstabile Anlageformen (z. B. Staatsanleihen) investiert. Bis zu 70 % des Fondsvermögens werden in chancenreiche und schwankungsintensive Anlageformen (z. B. Aktienanlagen, Emerging Markets, Alternative Investments) angelegt.

DWS Vermögensmandat-Defensiv

WKN DWS 0NK – ISIN LU0309482544

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

DWS Vermögensmandat-Defensiv investiert je nach Börsensituation flexibel in Einzelwerten, Fonds und Zertifikaten/Derivaten auf überwiegend europäischer Basis. Mindestens 70 % des Fondsvermögens werden dabei in wertstabile Anlageformen (z. B. Staatsanleihen) angelegt. Der Fonds strebt eine über Geldmarkt liegende Zielrendite an. Je nach Marktlage werden bis zu 30 % des Fondsvermögens in chancenreichen Anlageformen investiert.

DWS Vermögensmandat-Dynamik

WKN DWS 0NM – ISIN LU0309483781

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

DWS Vermögensmandat-Dynamik investiert je nach Börsensituation flexibel in Einzelwerten, Fonds und Zertifikaten/Derivaten auf überwiegend europäischer Basis. Mindestens 50 % des Fondsvermögens werden dabei in chancenreiche und schwankungsintensivere Anlageformen (z. B. Aktienanlagen, Emerging Markets, Alternative Investments) investiert.

Rentenfonds:

Deutsche Invest I Emerging Markets Corporates LDH

WKN DWS 00B – ISIN LU0507269834

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Global investierender Emerging-Market-Unternehmensanleihenfonds. Der Fonds investiert in Unternehmensanleihen aus Schwellenländern. Investitionen erfolgen sowohl in Anleihen mit Investment-Grade-Rating als auch in High-Yield-Anleihen. Der Fonds investiert vornehmlich in USD-denominierte Anleihen.

Deutsche Invest I ESG Euro Bonds (Short) LD

WKN 551 874 – ISIN LU0145656475

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Euroland-Rentenfonds mit Fokus auf Anleihen mit einer durchschnittlichen Laufzeit von null bis drei Jahren. Der Fonds investiert dabei in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Financials, Nachranganleihen und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Der Fonds investiert ausschließlich in Euro-denominierte Anlagen.

Deutsche Invest I Global Bonds LD

WKN DWS 045 – ISIN LU0616845144

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Weltweit investierender Rentenfonds. Der Fonds investiert in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Financials, Nachranganleihen und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

Deutsche Invest I Global Bonds High Conviction RC

WKN DWS 2TM – ISIN LU1717102278

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Ziel der Anlagepolitik des Deutsche Invest I Global Bonds High Conviction ist die Erwirtschaftung einer überdurchschnittlichen Rendite für den Teilfonds. Der Begriff „High Conviction“ bezieht sich auf das Fondskonzept. „High Conviction“ (deutsch „hohe Überzeugung“) impliziert, dass – auf der Grundlage der Anlageentscheidung des Portfoliomanagements – Renten- und Währungsstrategien mit höheren Gewichtungen und geringerer Diversifizierung umgesetzt werden als bei einem Produkt, das sich an einer Benchmark orientiert.

DWS Covered Bond Fund LD

WKN 847 653 – ISIN DE0008476532

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Rentenfonds mit Anlageschwerpunkt europäische Covered Bonds. Der Fonds investiert z. B. in deutsche Pfandbriefe, spanische Cédulas und französische Obligations Foncières. Der Fonds investiert ausschließlich in Euro-denominierte Anlagen. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Euroland Strategie (Renten) LD

WKN 847 403 – ISIN DE0008474032

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset Management Investment GmbH

Euroland-Rentenfonds. Der Fonds investiert in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Financials, Nachranganleihen und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Der Fonds investiert ausschließlich in Euro-denominierte Anlagen. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Eurorenta

WKN 971 050 – ISIN LU0003549028

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Europäischer Rentenfonds mit Fokus auf europäische Staatsanleihen. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Covered Bonds und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Flexibles Währungsmanagement unter Ausnutzung der europäischen Devisenmärkte und der Zinskonvergenz. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Inter-Renta LD

WKN 847 404 – ISIN DE0008474040

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Weltweit investierender Rentenfonds mit dem Fokus auf Staatsanleihen. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Financials, Covered Bonds und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Flexibles Währungsmanagement unter Ausnutzung der weltweiten Devisenmärkte. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Vermögensbildungsfonds R LD

WKN 847 651 – ISIN DE0008476516

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Rentenfonds mit Anlageschwerpunkt Euroland. Der Fonds investiert in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind unter anderem Anlagen in Unternehmensanleihen (z. B. sogenannte Financials), Nachranganleihen und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Der Fonds investiert ausschließlich in Euro-denominierte Anlagen. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Zinseinkommen

WKN DWS 037 – ISIN LU0649391066

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Ausschüttungsorientierter Euroland-Rentenfonds. Der Fonds investiert in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind Anlagen in Unternehmens- und Finanzanleihen, Nachranganleihen und ABS möglich. Der Fonds investiert in auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte Wertpapier. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

Absolute-Return-Fonds:

DWS Concept Kaldemorgen SCR

WKN DWS K45 – ISIN LU1254423079

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

DWS Concept Kaldemorgen ist ein Multi-Asset-Fonds mit integriertem Risikomanagement. Durch die flexible Allokation von Aktien und Anleihen in Verbindung mit dem Einsatz von Währungs- und Absicherungsstrategien soll die risikoadjustierte Rendite langfristig maximiert werden. Das Fondsmanagement strebt eine angemessene Beteiligung an steigenden Märkten und einen gewissen Schutz des Kapitals bei fallenden Märkten an. Die Schwankungsbreite des Fondsanteilswertes und mögliche Verluste in einem Kalenderjahr sollen im einstelligen Prozentbereich gehalten werden (keine Garantie).

Kurzlaufende Rentenfonds (Geldmarkt-/geldmarktnahe Fonds):

Deutsche Floating Rate Notes LC

WKN 971 730 – ISIN LU0034353002

Risikoklasse 1

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management S.A. (Luxemburg)

Anlageziel ist eine von Zins- und Währungsschwankungen weitgehend unabhängige geldmarktnahe Wertentwicklung in Euro. Dazu investiert der Fonds vorwiegend in variabelverzinsliche Anleihen sowie Kurzläufer und Termingelder. Aktives Laufzeitenmanagement im kürzeren Segment. Zinseffekt durch Thesaurierung der Erträge.

DWS Flexizins Plus

WKN 847 423 – ISIN DE0008474230

Risikoklasse 1

Verwaltungsgesellschaft:
Deutsche Asset Management Investment GmbH

Euro-Geldmarktinstrumente, inklusive Asset Backed Securities (ABS). Konzentration auf gute und sehr gute Emittenten-Bonität (AAA bis A). Durch kurze durchschnittliche Zinsbindung (in der Regel ein bis drei Monate) nur geringes Zinsänderungsrisiko.

Generali Investments

Dachfonds:

Generali Komfort Balance

WKN 921 700 – ISIN LU0100842029

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Der gemischte Dachfonds Generali Komfort Balance strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an, wobei Ausgewogenheit und Substanzerhalt hierbei im Vordergrund stehen. Die Dachfondsmittel werden in der Regel in Aktien- und Rentenfonds angelegt, die je nach Marktlage höher bzw. niedriger gewichtet werden können. Daneben kann der Dachfonds Generali Komfort Balance auch Anteile an gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in einen der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Der Dachfonds richtet sich an Anleger, die eine ausgewogene Anlage suchen, welche Stabilität und laufende Zinszuflüsse aus Rentenfonds mit den Chancen aus Aktienfonds kombiniert. Die Anlagen in Aktien- und Rentenfonds sollen in der Regel in einem etwa ausgewogenen Gleichgewicht (Balance) gehalten werden. Dabei ist den Anlegern eine breite Diversifikation durch die Anlage in Renten- und Aktienfonds renommierter internationaler Fondsgesellschaften sowie eine Fokussierung auf den Euro-Raum wichtig. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Generali Komfort Dynamik Europa

WKN 921 702 – ISIN LU0100847093

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Der überwiegend in europäische Aktienfonds investierende Dachfonds Generali Komfort Dynamik Europa strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Im Vordergrund stehen hierbei die Chancen, die der europäische Wirtschaftsraum bietet, wobei in besonderem Maße solche Aktienfonds berücksichtigt werden sollen, die innerhalb des europäischen Rahmens von Wachstumstrends in Branchen, wie beispielsweise Medien und Telekommunikation, profitieren. Daneben kann der Dachfonds auch Anteile an Rentenfonds, gemischten Wertpapier-

fonds und Geldmarktfonds erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in einen der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Der Dachfonds wendet sich an Anleger, die von den Chancen des zusammenwachsenden Europäischen Wirtschaftsraums sowie von weltweiten Wachstumstrends durch Anlagen an den europäischen Aktienmärkten profitieren wollen. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Generali Komfort Dynamik Global

WKN 921 705 – ISIN LU0100847929

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Der an den Chancen der internationalen Aktienmärkte ausgerichtete Dachfonds Generali Komfort Dynamik Global strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Der Fokus richtet sich hierbei auf international anlegende Fonds, die erfolgreich interessante Themen und Trends aufgreifen und in die jeweils führenden internationalen Unternehmen investieren. Daneben kann der Dachfonds auch Anteile an Rentenfonds, gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in einen der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Dieser Dachfonds wendet sich an Anleger, die von den weltweiten Chancen der großen Wachstumstrends und der internationalen Aktienmärkte profitieren wollen. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Generali Komfort Wachstum

WKN 921 701 – ISIN LU0100846798

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Der an den Chancen der Aktienmärkte, jedoch mit einer substantiellen Beimischung von Rentenfonds ausgerichtete Dachfonds Generali Komfort Wachstum strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Der Fokus richtet sich hierbei auf die wirtschaftlichen Wachstumstrends innerhalb des zusammenwachsenden Euro-Raumes, wobei der Anteil an Aktienfonds – je nach Marktlage – in der Regel höher als der Anteil an Rentenfonds ist. Daneben kann der Dachfonds auch Anteile an gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in einen der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Anleger in diesen Dachfonds suchen eine wachstumsorientierte Anlage, die die mit Anlagen in Aktienfonds verbundenen Renditechancen mit der Stabilität und den laufenden Zinszuflüssen aus Anlagen in Rentenfonds kombiniert. Das Verhältnis der Anlagen Aktien- und Rentenfonds soll von einem höheren Anteil an Aktienfonds und einem geringeren Anteil an Rentenfonds bestimmt sein. Dabei ist den Anlegern eine breite Diversifikation durch die Anlage in Renten- und Aktienfonds renommierter internationaler Fondsgesellschaften sowie eine Fokussierung auf den Euro-Raum wichtig. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Generali Smart Funds Best Managers Conservative EX

WKN A2D N31– ISIN LU1580345228

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S. A. (Luxemburg)

Generali Smart Funds Best Managers Conservative ist ein Teilfonds des Generali Smart Funds Dachfondskonzeptes. Der Fonds strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an, wobei Ausgewogenheit und Substanzerhalt im Vordergrund stehen. Der Fonds legt u.a. in gemischte Wertpapierfonds, Absolute-Return- oder Total-Return-Fonds an, die je nach Marktlage höher bzw. niedriger gewichtet werden können. Daneben können auch Fonds berücksichtigt werden, die Anteile an Ak-

tien-, Renten- oder Geldmarktfonds sowie als Beimischung an Immobilienfonds, Rohstofffonds, Zertifikatsfonds oder Zertifikate erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in eine der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Zur Absicherung des Marktrisikos kann der Fonds Derivate, insbesondere jedoch Futures auf Finanzindizes einsetzen. Die Anlage kann in Vermögenswerten, die auf Euro oder andere Währungen lauten, erfolgen. Das Teilfondsvermögen darf auch aus Investitionen in einer einzigen dieser Währungen bestehen. Um das Währungsrisiko zu reduzieren, können Vermögenswerte, die nicht auf die Teilfondswährung lauten, gegen die Teilfondswährung abgesichert werden. Der Fonds richtet sich an Anleger, die eine konservative Anlage suchen, welche im Rahmen gemischter Wertpapierfonds Stabilität und laufende Zinszuflüsse aus Rentenanlagen mit den Chancen aus Aktienmarktanlagen kombiniert. Bezogen auf das Gesamtportfolio Generali Smart Funds Best Managers Conservative sollen die Rentenanlagen in der Regel höher gewichtet sein als die Aktienanlagen. Dabei ist den Anlegern eine breite Diversifikation durch die Anlage in Misch- und Absolute-Return- oder Total-Return-Fonds renommierter internationaler Fondsgesellschaften sowie eine internationale Ausrichtung wichtig. Anleger in diesen Teilfonds streben eine längerfristige Anlage von mindestens 5 Jahren oder länger an.

Generali Smart Funds Best Selection EX

WKN A2D N4D – ISIN LU1580346895

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S. A. (Luxemburg)

Generali Smart Funds Best Selection ist ein Teilfonds des Generali Smart Funds Dachfondskonzeptes. Der Fonds ist grundsätzlich an den Chancen der Aktienmärkte ausgerichtet, nutzt dabei jedoch auch eine substantielle Beimischung an Rentenfonds. Generali Komfort Best Selection strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Das Anlagespektrum ist hierbei global ausgerichtet, wobei der Anteil an Aktienfonds – je nach Marktlage – in der Regel höher als der Anteil an Rentenfonds ist. Dabei deckt der Fonds ein breites Spektrum an Marktsegmenten ab, für die jeweils die in der aktuellen Marktlage aussichtsreichsten Fonds selektiert werden. Hierbei können auch Fonds berücksichtigt werden, die auf den Geldmarkt, Immobilien oder Rohstoffe ausgerichtet sind. Je nach Marktlage kann auch zeitweise vollständig in Aktien- oder Rentenfonds investiert werden. Dabei ist den Anlegern eine breite Diversifikation durch die Anlage in Renten- und Aktienfonds renommierter internationaler Fondsgesellschaften sowie eine breite weltweite Fächerung der Anlagen wichtig. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Gemischte Fonds:

Generali AktivMix Ertrag

WKN 415 630 – ISIN DE0004156302

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Europe S.p.A.

Der Fonds Generali AktivMix Ertrag strebt als Anlageziel eine mittel- bis langfristig möglichst stetige Wertentwicklung sowie unabhängig von der Marktsituation ein positives Ergebnis in jedem Kalenderjahr an. Langfristig soll die Wertentwicklung über der Wertentwicklung des Geldmarktes liegen. Hierzu legt der Fonds hauptsächlich in Geldmarkttitel und festverzinsliche Wertpapiere, in börsengehandelte Immobilienaktien (REITs) aus dem Euro-Raum sowie ergänzend in Aktien von Unternehmen an, die überwiegend im Euro-Raum ansässig sind. Der Schwerpunkt im Bereich der festverzinslichen Wertpapiere liegt dabei auf Staatsanleihen, Unternehmensanleihen und europäischen Pfandbriefen. Je nach Marktsituation kann das Fondsmanagement die Verteilung des Portfolios aktiv verändern. Der Fonds kann Derivatgeschäft tätigen, um Vermögenspositionen abzusichern oder in der Absicht, höhere Wertzuwächse zu erzielen. Dadurch erhöhte Chancen gehen

mit erhöhten Verlustrisiken einher. Dieser Fonds eignet sich für Anleger mit mittelfristigem Anlagehorizont.

Rentenfonds:

Generali Geldmarkt Euro

WKN 531 770 – ISIN DE0005317705

Risikoklasse 1

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Europe S.p.A.

Dieser Fonds investiert mindestens 85 % seines Wertes in Geldmarktinstrumente erstklassiger Aussteller bzw. Schuldner, Geldmarktfondsanteile sowie Bankguthaben. Als Anlage-

ziel strebt er dabei einen langfristig attraktiven Wertzuwachs an. Der Fonds richtet sich an Anleger, die eine sicherheitsorientierte Anlage suchen und bietet die Möglichkeit, bei marktgerechter Verzinsung eine jederzeit verfügbare Liquiditätsreserve zu halten. Anleihen und Geldmarktinstrumente bieten eine laufende Verzinsung, Kurschancen und geringe Wertschwankungen. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste nicht ausgeschlossen. Die Gesellschaft darf für das Sondervermögen auch Schuldverschreibungen, Namensschuldverschreibungen sowie sonstige verbrieftete Schuldtitel erwerben. Aktien dürfen nicht für das Sondervermögen erworben werden.

Fondsübersicht mit den Anlageschwerpunkten und der Wertentwicklung der Fonds in den letzten Jahren

Um Ihnen einen Eindruck zu geben, mit welchen Chancen und Risiken die Entwicklung des Fondsguthabens Ihrer Versicherung verbunden ist, haben wir nachfolgend die Wertentwicklung der Fonds jeweils zum Jahresende dargestellt. Dabei haben wir die letzten zehn Jahre bzw. die – grundsätzlich vollen – Jahre seit Auflage des Fonds berücksichtigt. Fonds ohne Angaben zur Wertentwicklung wurden erst vor einiger Zeit aufgelegt. Deshalb können wir hierzu noch keine Angaben zur Wertentwicklung eines vollständigen Kalenderjahres machen.

Die Wertentwicklung für die einzelnen Jahre wurde nach der Methode des Bundesverbandes Deutscher Investment-Gesellschaften e. V. (BVI-Methode) errechnet. Sie beruht auf der Annahme eines einmalig angelegten Betrags ohne Berücksichtigung eines Ausgabeaufschlags. Ertragsausschüttungen werden zum Anteilwert am Ausschüttungstag wiederangelegt. Die Angaben zur bisherigen Wertentwicklung erlauben keine Prognosen für die Zukunft. Selbstverständlich besteht das Risiko, dass zukünftig auch höhere Verluste entstehen können – aber auch die Chance auf bessere Ergebnisse. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich Wertverluste, aber auch Gewinne am Ende des Ansparvorganges stärker auswirken als zu Beginn, da sie das gesamte angesparte Fondsguthaben beeinflussen.

Alle wichtigen Fondsdaten und die aktuelle Wertentwicklung der für Ihren Vertrag gewählten Investmentfonds haben wir auf unserer Homepage www.amv.de für Sie zusammengestellt.

Fonds / Fondskürzel	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017

Garantiefonds

DWS Funds Global Protect 90	WK	Garantiefonds mit einer 90 %igen Garantie des höchsten bisher erreichten Anteilwertes							+ 4,3	+ 1,2	+ 0,1	+ 0,7
------------------------------------	-----------	---	--	--	--	--	--	--	-------	-------	-------	-------

Dachfonds

Champions Select Balance VC	XA	Schwerpunkt auf Anlagen mit hohem und Anlagen mit weniger hohem Wertsteigerungspotenzial										
Champions Select Dynamic VC	XB	Schwerpunkt auf Anlagen mit hohem Wertsteigerungspotenzial										
Deutsche Multi Opportunities LD	WP	Multi-Asset-Dachfonds, weltweit						+ 14,0	- 0,3	+ 6,3	- 0,9	
Generali Komfort Balance	AH	Euro-Währungsraum; ca. 50 % Renten-/ 50 % Aktienfonds mit Fokus auf den Euro-Währungsraum	- 21,9	+ 16,5	+ 2,2	- 6,8	+ 14,0	+ 11,6	+ 4,5	+ 5,5	+ 0,1	+ 5,4
Generali Komfort Dynamik Europa	AJ	Europa; ca. 100 % europäische Aktienfonds mit einer Beimischung von Themenfonds	- 45,3	+ 33,2	+ 16,4	- 13,7	+ 18,5	+ 17,5	+ 4,3	+ 12,6	- 1,9	+ 10,7
Generali Komfort Dynamik Global	AK	global; ca. 100 % internationale Aktienfonds mit einer Beimischung von Themenfonds	- 42,8	+ 30,2	+ 17,2	- 10,4	+ 11,9	+ 19,5	+ 15,9	+ 9,2	+ 4,1	+ 6,7
Generali Komfort Wachstum	AI	Euro-Währungsraum; ca. 30 % Renten-/ 70 % Aktienfonds mit Fokus auf den Euro-Währungsraum	- 31,0	+ 21,8	+ 3,4	- 11,8	+ 18,2	+ 15,5	+ 3,3	+ 7,2	- 0,6	+ 7,6
Generali Smart Funds Best Managers Conservative EX	AX	global, Anlage u. a. in gemischte Wertpapierfonds, Absolute-Return- oder Total-Return-Fonds										+ 1,0
Generali Smart Funds Best Selection EX	AW	globale Aktienmärkte mit Beimischung von Rentenfonds; ggf. auch auf Geldmarkt, Immobilien oder Rohstoffe ausgerichtete Fonds						+ 6,0	+ 13,1	+ 10,4	+ 6,9	+ 7,2

Fonds / Fondskürzel	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017

Aktienfonds (TRC – Trend Risk Control)

DWS TRC Deutschland	WB	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Deutschland					+ 25,4	+ 22,5	- 2,0	+ 5,3	+ 6,3	+ 15,9
DWS TRC Global Growth	WN	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Global Growth							+ 7,2	+ 1,2	+ 4,6	+ 8,8
DWS TRC Top Asien	WC	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Top Asien LC					+ 6,4	- 5,4	+ 6,9	+ 1,7	+ 4,0	+ 19,7
DWS TRC Top Dividende	WD	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Top Dividende LD					+ 2,1	+ 4,7	+ 10,7	+ 5,5	+ 5,7	- 0,5

Aktienfonds

Deutsche Invest I Top Euroland LD	WL	Europäische Wirtschafts- und Währungsunion	- 44,4	+ 30,8	+ 14,3	- 18,1	+ 27,8	+ 26,7	+ 1,7	+ 14,9	- 3,0	+ 10,0
Deutsche Invest II European Top Dividend LD	WS	Aktien Europa dividendenorientiert						+ 24,4	+ 5,7	+ 6,6	+ 2,9	+ 8,3
DWS Akkumula LC	EL	Weltweite Aktienanlage, flexible Rentenbeimischung	- 31,9	+ 28,1	+ 4,1	- 10,1	+ 11,2	+ 17,8	+ 20,9	+ 13,2	+ 5,4	+ 8,4
DWS Aktien Strategie Deutschland LC	GI	Aktien aus dem HDAX-Index	- 46,3	+ 31,2	+ 30,6	- 17,5	+ 32,7	+ 37,8	+ 5,9	+ 29,4	+ 0,6	+ 21,2
DWS Deutschland LC	WF	Deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index	- 34,7	+ 33,8	+ 25,6	- 16,4	+ 36,9	+ 30,3	+ 4,2	+ 15,6	+ 7,5	+ 18,9
DWS Emerging Markets Typ O ND	EZ	Aktien in Emerging Markets	- 59,9	+ 79,3	+ 22,8	- 21,5	+ 12,1	- 6,3	+ 10,6	- 3,0	+ 12,6	+ 21,4
DWS European Opportunities LD	EI	Mittlere europäische Unternehmen mit Schwerpunkt Deutschland	- 58,9	+ 42,9	+ 24,1	- 17,7	+ 27,4	+ 29,4	+ 10,8	+ 21,9	+ 0,1	+ 19,0
DWS Eurovesta	EH	Europäische „Blue Chips“, Orientierung am DOW JONES STOXX 50	- 52,9	+ 42,7	+ 15,7	- 19,3	+ 18,4	+ 21,5	+ 2,9	+ 13,4	- 2,4	+ 11,1
DWS Global Growth	WI	Wachstumswerte, Beimischung flexibler Titel aus Schwellenländern	- 39,6	+ 33,7	+ 24,3	- 5,6	+ 14,2	+ 15,4	+ 15,3	+ 8,0	+ 5,9	+ 10,6
DWS Global Value LD	ES	Aktienfonds für die globale substanzorientierte Anlage	- 41,5	+ 33,8	+ 16,4	- 7,9	+ 9,4	+ 25,3	+ 23,1	+ 9,4	+ 11,8	+ 3,3
DWS Investa LD	EG	Deutsche Aktien „Blue Chips“	- 44,0	+ 34,6	+ 17,3	- 19,2	+ 32,1	+ 34,6	+ 2,6	+ 18,1	+ 2,7	+ 14,6
DWS Osteuropa	GH	Ausgewählte Unternehmen Mittel- und Osteuropas, Russlands sowie der Türkei	- 69,2	+ 87,3	+ 34,1	- 23,6	+ 17,3	- 5,3	- 23,7	- 10,9	+ 27,0	+ 6,2
DWS Top Asien LC	EF	ausgewählte Aktien aus dem asiatisch-pazifischen Raum	- 44,4	+ 48,8	+ 21,5	- 16,9	+ 12,9	+ 3,8	+ 14,1	+ 7,2	+ 6,7	+ 22,0
DWS Top Dividende LD	GJ	Aktien von Unternehmen mit hoher Marktkapitalisierung („Blue Chips“)	- 35,5	+ 29,9	+ 16,4	+ 5,1	+ 7,5	+ 12,5	+ 17,7	+ 12,7	+ 7,3	+ 0,6
DWS Top Europe LD	ED	ausgewählte europäische Unternehmen mit „wertorientiertem Management“	- 45,1	+ 32,8	+ 22,0	- 15,6	+ 23,2	+ 20,0	+ 6,3	+ 13,0	- 1,5	+ 11,2
DWS Top World	EE	ausgewählte „Qualitätstitel“, die von globalen Trends profitieren	- 38,3	+ 30,4	+ 13,0	- 6,4	+ 9,8	+ 16,7	+ 20,7	+ 10,0	+ 6,3	+ 9,2
DWS US Growth	GA	Große US-amerikanische Werte	- 39,6	+ 31,2	+ 23,2	- 1,6	+ 11,1	+ 29,1	+ 27,4	+ 11,0	+ 9,5	+ 8,1
DWS Vermögensbildungsfonds I LD	EK	Internationale Aktien, vorwiegend Standardwerte	- 31,4	+ 23,1	+ 8,8	- 11,0	+ 11,1	+ 16,8	+ 19,9	+ 11,6	+ 5,8	+ 9,3

Aktienfonds (Themenfonds)

Deutsche Invest I Global Infrastructure LD	WV	Aktien von Emittenten aus dem globalen Infrastruktursektor		+ 31,9	+ 22,1	- 11,3	+ 4,6	+ 9,0	+ 34,9	- 6,0	+ 11,1	- 0,3
Deutsche Invest I Gold and Precious Metals Equities LD	WA	Aktien weltweit aussichtsreicher Unternehmen mit Geschäftsfeld im Edelmetallsektor	- 30,3	+ 48,2	+ 51,4	- 20,5	- 12,4	- 51,8	- 2,8	- 19,8	+ 61,0	- 7,2
DWS Global Natural Resources Equity Typ O	GL	Aktien, Wandel- und Optionsanleihen von Unternehmen der Rohstoffbranche	- 53,3	+ 78,5	+ 23,8	- 29,8	- 0,5	- 22,2	+ 5,4	- 10,8	+ 21,9	+ 0,4
DWS Zukunftsressourcen	GZ	Aktien ausgewählter Unternehmen der Sektoren Wasser, Agrochemie und erneuerbare Energien	- 44,5	+ 24,8	+ 11,3	- 17,5	+ 11,4	+ 19,4	+ 1,6	+ 12,8	+ 1,4	+ 10,5

Fonds / Fondskürzel	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017

Gemischte Fonds

DWS Balance	GK	mindestens 35 % in verzinsliche Wertpapiere, Rentenzertifikate, Rentenfonds; bis zu 65 % in Aktien, Aktienfonds bzw. Aktienzertifikate; bis zu 10 % in Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes	- 22,2	+ 14,6	+ 5,7	- 5,1	+ 7,4	+ 7,8	+ 10,5	+ 3,3	+ 1,9	+ 4,3
DWS Defensiv	WM	mindestens 65 % in verzinsliche Wertpapiere, Rentenzertifikate, Rentenfonds; bis zu 35 % in Aktien, Aktienfonds, Aktienzertifikate sowie Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes							+ 7,6	+ 1,4	+ 0,5	+ 2,2
DWS Sachwerte	GU	Sachwerte			+ 10,1	- 6,1	+ 1,3	+ 2,3	+ 9,9	+ 2,8	+ 3,0	+ 3,8
DWS Top Portfolio Offensiv	WO	mindestens 60 % in Aktien, Aktienzertifikaten, Aktienfonds; bis zu 40 % in verzinsliche Wertpapiere; bis zu 10 % in Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes	- 40,6	+ 27,6	+ 13,2	+ 6,8	+ 17,0	+ 14,1	+ 13,8	+ 5,3	+ 3,2	+ 5,8
DWS Vermögensmandat-Balance	GR	je nach Marktlage 30 % bis 70 % in wertstabile Anlageformen; bis zu 70 % in chancenreiche und schwankungsintensive Anlageformen	- 12,5	+ 9,2	+ 1,7	- 3,9	+ 6,0	+ 7,2	+ 10,2	+ 3,1	+ 1,7	+ 3,7
DWS Vermögensmandat-Defensiv	WR	mindestens 70 % in wertstabile Anlageformen; je nach Marktlage bis zu 30 % in chancenreiche Anlageformen investiert	- 5,0	+ 5,2	+ 1,3	+ 0,3	+ 5,1	+ 2,3	+ 1,6	- 2,5	+ 1,4	+ 0,4
DWS Vermögensmandat-Dynamik	GS	mindestens 50 % in chancenreiche und schwankungsintensivere Anlageformen	- 22,4	+ 18,1	+ 5,3	- 7,8	+ 6,2	+ 11,6	+ 12,6	+ 5,3	+ 2,8	+ 4,5
Generali AktivMix Ertrag	AL	Anlage in den klassischen wertstabilen Anlagesegmenten Renten, Geldmarkt und immobilienorientierte Wertpapiere	+ 1,1	+ 6,3	+ 1,9	- 1,9	+ 3,6	+ 1,5	+ 1,9	+ 1,1	+ 0,3	+ 0,9

Rentenfonds

Deutsche Invest I Emerging Markets Corporates LDH	GX	Fondsinvestitionen in Unternehmensanleihen aus Schwellenländern				+ 3,7	+ 17,5	- 2,5	+ 3,3	- 2,3	+ 11,8	+ 6,8
Deutsche Invest I ESG Euro Bonds (Short) LD	GW	Euroland-Rentenfonds mit Fokus auf Anleihen mit einer durchschnittlichen Laufzeit von bis zu drei Jahren	+ 2,7	+ 5,5	+ 0,6	+ 1,9	+ 6,9	+ 3,4	+ 1,2	- 0,3	+ 1,0	+ 0,4
Deutsche Invest I Global Bonds LD	WQ	weltweit investierender Rentenfonds								- 1,0	+ 0,7	+ 0,7
Deutsche Invest I Global Bonds High Conviction RC	WZ	Weltweit investierender Rentenfonds										
DWS Covered Bond Fund LD	GM	Staatsanleihen und öffentliche Pfandbriefe	+ 3,7	+ 4,8	- 1,0	+ 1,5	+ 11,4	+ 3,3	+ 9,5	- 0,2	+ 1,6	± 0,0
DWS Euroland Strategie (Renten) LD	GN	Euro-Rentenwerte guter Bonität	- 5,7	+ 13,7	+ 3,3	- 1,1	+ 7,5	+ 2,9	+ 2,2	- 0,6	+ 1,4	+ 0,8
DWS Eurorenta	EM	Marktbreiter europäischer Rentenfonds	- 4,6	+ 9,1	+ 2,6	+ 1,3	+ 9,3	- 0,5	+ 11,8	+ 1,8	+ 3,7	- 0,2
DWS Inter-Renta LD	EO	Weltweite Anlage in Renten-Werten	+ 2,6	+ 6,2	+ 8,2	+ 9,0	+ 5,2	- 1,6	+ 2,1	+ 1,9	+ 6,9	- 1,4
DWS Vermögensbildungsfonds R LD	EN	Euro-Anleihen vorwiegend europäischer Emittenten	+ 2,9	+ 7,0	+ 1,5	+ 2,5	+ 13,4	+ 1,7	+ 11,9	± 0,0	+ 3,5	+ 0,7
DWS Zinseinkommen	WG	Auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte verzinsliche Wertpapiere: Staatsanleihen, Unternehmensanleihen und Covered Bonds					+ 4,9	+ 2,0	+ 2,5	- 0,8	+ 1,5	+ 0,4
Generali Geldmarkt Euro	AM	Geldmarktinstrumente	+ 0,9	+ 1,9	+ 0,4	+ 1,6	+ 2,0	+ 0,3	± 0,0	± 0,0	- 0,2	- 0,5

Absolute-Return-Fonds

DWS Concept Kaldemorgen SCR	WU	Aktien internationaler Aussteller, fest- sowie variabel verzinsliche Wertpapiere und Geldmarktinstrumente									+ 8,8	+ 1,1
-----------------------------	----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	-------

Kurzlaufende Rentenfonds (Geldmarkt-/geldmarktnahe Fonds)

Deutsche Floating Rate Notes LC	GY	Variabel verzinsliche Anleihen sowie Kurzläufer und Termingelder	+ 4,2	+ 1,2	+ 0,5	+ 1,1	+ 1,4	+ 0,7	+ 0,5	- 0,2	+ 0,7	+ 0,3
DWS Flexizins Plus	GP	Euro-Geldmarktinstrumente	- 0,5	- 0,7	+ 0,6	+ 1,0	+ 0,6	+ 0,8	+ 0,6	+ 0,2	+ 2,2	- 0,1

Anlage in Gold (betrifft nur Versicherungen nach Tarif VAN)

Um Ihnen einen Eindruck zu vermitteln, mit welchen Chancen und Risiken für Sie eine Anlage in das Edelmetall Gold innerhalb Ihres Versicherungsvertrags verbunden ist, haben wir in der folgenden Tabelle die jährliche Entwicklung des Goldpreises in Euro jeweils zum Jahresende dargestellt.

Obwohl die in der Tabelle für die letzten zehn Jahre jeweils genannten Wertentwicklungen nur in einzelnen Jahren negativ waren, ist eine Kapitalanlage in Gold für Sie selbst langfristig mit einem erheblichen Investitionsrisiko verbunden. So sank der Goldpreis von Anfang der 1980er-Jahre bis 2004 quasi kontinuierlich. Zu bedenken ist ebenfalls, dass eine Kapitalanlage in Gold mittelbar auch mit einem Wechselkursrisiko des Euro gegenüber dem US-Dollar verbunden ist, weil Gold weltweit primär in US-Dollar gehandelt wird.

Die Angaben zur bisherigen Wertentwicklung erlauben keine Prognosen für die Zukunft. Selbstverständlich besteht das Risiko, dass zukünftig auch höhere Verluste entstehen können – aber auch die Chance auf bessere Ergebnisse. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich Wertverluste, aber auch Gewinne am Ende des Ansparvorganges absolut betrachtet stärker auswirken als zu Beginn, da sie das gesamte angesparte goldgebundene Guthaben beeinflussen.

Die in der folgenden Tabelle genannten Wertentwicklungen berücksichtigen nicht, dass bei der goldgebundenen Kapitalanlage im Versicherungsvertrag zusätzlich zu seinen ohnehin angesetzten Kosten bei Erwerb von Gold ein Aufschlag auf den Rückgabepreis anfällt, insbesondere weil auf dem Weltmarkt ein Unterschiedsbetrag zwischen Kauf- und Verkaufspreis für Gold existiert, und wir für die Aufwendungen in Zusammenhang mit der Aufbewahrung und Sicherung des Goldbestands weitere laufende Kosten einbehalten, z. B. für das Vorhalten der Tresore, Wachschatz, Diebstahlversicherung. Beides mindert die effektive Wertentwicklung der goldgebundenen Anlage.

Kürzel	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung*) in Prozent für das Jahr									
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ZA	Kapitalanlage in Gold	+ 8,1	+ 24,7	+ 37,7	+ 15,3	+ 3,7	- 30,8	+ 13,1	- 1,2	+ 12,7	- 1,4

*) des Goldpreises, abgeleitet aus der Zeitreihe BBEX3.D.XAU.EUR.EA.AC.C04 der Deutschen Bundesbank

20. Welche Steuerregelungen gelten allgemein für MEIN ZUKUNFTSPLAN und eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen?

Die nachstehenden Angaben über die Steuerregelungen gelten für privat abgeschlossene Verträge und insoweit, als das deutsche Steuerrecht Anwendung findet. Letzteres setzt grundsätzlich voraus, dass der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

Bei den Ausführungen handelt es sich lediglich um allgemeine Angaben. Verbindliche Auskünfte über die steuerliche Behandlung von Beiträgen oder Versicherungsleistungen dürfen Ihnen außer dem zuständigen Finanzamt nur die im Steuerberatungsgesetz bezeichneten Personen (insbesondere Steuerberater) erteilen. Unsere Vermittler sind nicht befugt, Sie steuerlich zu beraten. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Informationen sowie für Angaben von Vermittlern zu steuerlichen Fragen übernehmen wir keine Haftung.

Die Ausführungen entsprechen dem Stand Juni 2018 der Steuergesetzgebung. Die Anwendung der Steuerregelungen auf den jeweiligen Vertrag kann sich auch während der Laufzeit des Vertrags noch ändern. Insbesondere kann sich aus der Änderung von Gesetzen, Verordnungen und Verwaltungsanweisungen oder auch der Rechtsprechung während der weiteren Vertragslaufzeit sowie durch einvernehmliche Vertragsänderungen eine abweichende steuerliche Behandlung ergeben.

A Einkommensteuer

(1) Kinderinvaliditäts-Versicherungen nach Tarif SKN

Kinderinvaliditäts-Versicherungen sind steuerlich begünstigt. Die um die evtl. Beitragsanrechnung aus der Überschussbeteiligung geminderten Tarifbeiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen abgezogen werden. Diese Beiträge werden – zusammen mit den eventuell gezahlten Beiträgen für weitere Risikoabsicherungen (z. B. Haftpflicht, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Berufsunfähigkeit, Pflegefall, Unfall, Todesfall) sowie für begünstigte kapitalbildende Versicherungen mit Abschluss vor 2005 – bis zu einer Höchstgrenze von 1.900 € berücksichtigt. Bei Steuerpflichtigen, die ihre Krankenkassenbeiträge bzw. Krankheitskosten vollständig aus eigenen Mitteln tragen, erhöht sich die Obergrenze auf 2.800 €. Sollten die Beiträge für die Basiskrankenversicherung und die gesetzliche

Pflegeversicherung bereits den Höchstbetrag übersteigen, sind diese Beiträge unbegrenzt abzugsfähig; ein weiterer Abzug von Vorsorgeaufwendungen scheidet dann aber aus (§ 10 Abs. 1 Nr. 3 und 3a in Verbindung mit § 10 Abs. 4 EStG – Einkommensteuergesetz).

Leibrenten aus Kinderinvaliditäts-Versicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils hängt vom vollendeten Lebensjahr der versicherten Person bei Rentenbeginn (Rentenbeginnalter) ab. Nachfolgend sind für einige Rentenbeginnalter (in Jahren) die zugehörigen Ertragsanteile (in Prozent) beispielhaft angegeben:

Rentenbeginnalter	1	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Ertragsanteil (in %)	59	57	55	52	50	47	44	41	38	34	30	26	22

(2) Erhöhungsversicherungen zu Kinderinvaliditäts-Versicherungen nach dem Dynamikplan

Planmäßige Erhöhungen nach dem Dynamikplan zu Kinderinvaliditäts-Versicherungen unterliegen den gleichen Steuerregelungen wie die Grundversicherung.

(3) Aufgeschobene Leibrenten nach Tarif VAN

Private Rentenversicherungen nach Tarif VAN gelten steuerlich als „Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht“ (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG – Einkommensteuergesetz).

Die Beiträge zu diesen Versicherungen können demnach bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG abgezogen werden.

Laufende lebenslange Rentenzahlungen aus diesen Versicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG nur mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer; dazu ist tariflich gewährleistet, dass die Garanzzeit der Leibrente kürzer ist als die voraussichtliche durchschnittliche Lebenserwartung der versicherten Person ab Rentenbeginn. Die Höhe des Ertragsanteils hängt vom vollendeten Lebensjahr der versicherten Person bei Rentenbeginn (Rentenbeginnalter) ab. Nachfolgend sind für einige Rentenbeginnalter (in Jahren) die zugehörigen Ertragsanteile beispielhaft angegeben:

Rentenbeginnalter	55	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	70
Ertragsanteil (in %)	26	24	23	22	22	21	20	19	18	18	17	15

Mit dem Ertragsanteil werden nur die Erträge aus den laufenden Renten erfasst; in den Renten enthaltene Erträge, die während der Zeit bis zum Beginn der Rentenzahlung erzielt wurden, bleiben steuerfrei. Werden mit dem Ertragsanteil zu versteuernde Leibrenten nach dem Tod der versicherten Person während einer Rentengarantiezeit weitergezahlt, unterliegen die Renten der Garantiezeit weiterhin mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer.

Kapitaleleistungen, die bei Tod der versicherten Person vor dem Rentenbeginn erbracht werden, sind stets einkommensteuerfrei. Im Falle der (Teil-) Kapitalabfindung einer Rentenzahlung, einer Zeitrentenzahlung oder einer Kapitalauszahlung bei Rückkauf ist der Unterschiedsbetrag zwischen der jeweiligen Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Kapitalerträge) einkommensteuerpflichtig. Das gilt auch, soweit dieser Unterschiedsbetrag aus der goldgebundenen Kapitalanlage resultiert. 15 % des Unterschiedsbetrags sind steuerfrei oder dürfen nicht bei der Ermittlung der Einkünfte abgezogen werden, soweit der Unterschiedsbetrag aus Investmenterträgen von Publikumsfonds stammt. Alle steuerpflichtigen Kapitaleinkünfte im Privatvermögen unterliegen grundsätzlich der so genannten Abgeltungsteuer. Dies bedeutet, dass wir als Schuldner der Kapitalerträge die Steuer einbehalten und an das Finanzamt abführen müssen und dass damit die zugehörige Steuerschuld grundsätzlich abgegolten ist. Die Abgeltungsteuer setzt sich zusammen aus der Kapitalertragsteuer in Höhe von 25 % und dem hierauf entfallenden Solidaritätszuschlag von 5,5 %. Sollte der Steuerpflichtige allerdings einen persönlichen Einkommensteuersatz von weniger als 25 % haben, kann er die einbehaltene Steuer in seiner Einkommensteuererklärung geltend machen und sich die zu viel gezahlte Steuer vom Finanzamt erstatten lassen.

Falls Sie einer steuererhebenden Religionsgemeinschaft angehören, erhöht sich die Abgeltungsteuer noch um die Kirchensteuer (KiSt). Sie beträgt 9 % der Kapitalertragsteuer bzw. – bei einem Wohnsitz in Bayern oder Baden-Württemberg – 8 %. Von diesem Betrag sind wiederum 25 % als Sonderausgaben steuerlich absetzbar. Dadurch ermäßigt sich der Kapitalertragsteuersatz von 25 % auf 24,45 % bei einem KiSt-Satz von 9 % bzw. auf 24,51 % bei einem KiSt-Satz von 8 %. Wir sind gesetzlich verpflichtet, vor der Auszahlung steuerpflichtiger Kapitalerträge beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) anzufragen, ob Sie einer steuererhebenden Religionsgemeinschaft angehören. Falls Sie nicht möchten, dass das BZSt uns Ihre Religionszugehörigkeit mitteilt, können Sie dem widersprechen. Dazu steht Ihnen der amtlich vorgeschriebene Vordruck unter www.formulare-bfinv.de unter dem Stichwort „Kirchensteuer“ zur Verfügung. Diese „Sperrvermerkserklärung“ ist von Ihnen ausgefüllt und unterschrieben rechtzeitig beim BZSt einzureichen. Ihre Erklärung ist rechtzeitig, falls sie spätestens zwei Monate vor unserer Abfrage beim BZSt eingeht. Bis auf Weiteres ist damit die Übermittlung Ihrer Religionszugehörigkeit für die aktuelle und alle folgenden Abfragen gesperrt. Wir führen daraufhin keine Kirchensteuer für Sie ab. Stattdessen informiert das BZSt das für Sie zuständige Finanzamt über Ihre Sperre. Dieses wird Sie dann auffordern, Angaben zur Abgeltungsteuer zu machen, um darauf die Kirchensteuer zu erheben.

Die sich insgesamt ergebende Steuerschuld verringert sich oder entfällt sogar ganz, wenn der Steuerpflichtige uns einen Freistellungsauftrag für die Kapitalerträge oder eine Nichtveranlagungsbescheinigung einreicht. Ein Freistellungsauftrag kann bis zur Höhe des so genannten Sparer-Pauschetrags von 801 € für Ledige bzw. 1.602 € für zusammen veranlagte Ehegatten / eingetragene Lebenspartner erteilt werden.

Erfolgt die Kapitalauszahlung nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von zwölf Jahren seit Vertragsabschluss, unterliegt nur die Hälfte des maßgebenden Unterschiedsbetrags der Besteuerung, dann allerdings mit dem persönlichen Steuersatz (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG). Auch in einem solchen steuerlich begünstigten Fall unterliegen zunächst 100 % der Erträge, d. h. der volle Unterschiedsbetrag, dem pauschalen Steuerabzug. Dieser hat aber keine abgeltende Wirkung. Vielmehr können Sie im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung eine Versteuerung

des hälftigen Ertrags mit dem persönlichen Steuersatz geltend machen und insoweit eine Steuererstattung erwirken.

(4) Erhöhungsversicherungen zu Rentenversicherungen nach Tarif VAN im Rahmen des Dynamikplans sowie aus Sonderzahlungen

Planmäßige Erhöhungen zu Rentenversicherungen nach Tarif VAN, die im Rahmen eines Dynamikplans erfolgen, unterliegen den gleichen Steuerregelungen wie die Grundversicherung. Als Vertragsbeginn der Erhöhungsversicherungen ist bei Dynamikplan VAN KIV steuerlich der ursprüngliche Versicherungsbeginn anzusehen.

Leistungserhöhungen aus Sonderzahlungen bzw. aus nicht planmäßigen laufenden Beitragserhöhungen gelten steuerlich als neu abgeschlossene Rentenversicherungen nach dem hierfür vorgesehenen Tarif.

(5) Zusatzversicherungen zu Kinderinvaliditätsversicherungen nach Tarif SKN

Die um die evtl. Beitragsanrechnung aus der Überschussbeteiligung geminderten Tarifbeiträge, die auf eine Berufsunfähigkeits- oder Versorger-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung oder eine Options-Zusatzversicherungen auf späteren Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung entfallen, können – wie die Beiträge für die Hauptversicherung – als Sonderausgaben abgezogen werden.

Eventuelle Kapitaleleistungen aus diesen Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

(6) Zusatzversicherungen zu Rentenversicherungen nach Tarif VAN

Berufsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherungen sowie Options-Zusatzversicherungen auf späteren Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung gelten steuerlich als Nebenrisiko. Die um die Überschussbeteiligung geminderten Beiträge für Berufsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherungen und Options-Zusatzversicherungen auf späteren Abschluss einer Berufsunfähigkeitsabsicherung können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden. Diese Beiträge werden – zusammen mit den eventuell gezahlten Beiträgen für weitere Risikoabsicherungen (z. B. Haftpflicht, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Unfall, Todesfall) sowie für begünstigte kapitalbildende Versicherungen mit Abschluss vor 2005 – jährlich bis zu einer Höchstgrenze von 1.900 € berücksichtigt. Bei Steuerpflichtigen, die ihre Krankenkassenbeiträge bzw. Krankheitskosten vollständig aus eigenen Mitteln tragen, erhöht sich die Obergrenze auf 2.800 €. Sollten die Beiträge für die Basiskrankenversicherung und die gesetzliche Pflegeversicherung bereits den Höchstbetrag übersteigen, sind diese Beiträge unbegrenzt abzugsfähig; ein weiterer Abzug von Vorsorgeaufwendungen scheidet dann aber aus (§ 10 Abs. 1 Nr. 3 und 3a in Verbindung mit § 10 Abs. 4 EStG).

Leibrenten aus Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils hängt vom vollendeten Lebensjahr der versicherten Person bei Rentenbeginn (Rentenbeginnalter) ab. Nachfolgend sind für einige Rentenbeginnalter (in Jahren) die zugehörigen Ertragsanteile beispielhaft angegeben:

Rentenbeginnalter	1	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Ertragsanteil (in %)	59	57	55	52	50	47	44	41	38	34	30	26	22

Im Falle einer einkommensteuerpflichtigen Kapitalauszahlung gehen aus den Zusatzversicherungen, die steuerlich als Nebenrisiko gelten, weder eventuelle Erlebensfall-Leistungen noch die zugehörigen Beitragsteile in die Berechnung der steuerpflichtigen Erträge ein.

B Erbschaftsteuer (Schenkungssteuer)

Ansprüche oder Leistungen aus MEIN ZUKUNFTSPLAN unterliegen der Erbschaftsteuer (Schenkungssteuer), wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie weder erbschaft- noch schenkungssteuerpflichtig.

C Versicherungssteuer

Beiträge zu MEIN ZUKUNFTSPLAN sind in Deutschland nach § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungssteuer befreit. Nach unserer Einschätzung gilt das auch für die Beiträge zu den von uns angebotenen Zusatzversicherungen.

Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz ins Ausland, können die dort geltenden Regelungen für eine Besteuerung von Beiträgen zu einer Versicherung dazu führen, dass der Versicherungsnehmer auf die Beiträge zu MEIN ZUKUNFTSPLAN und/oder einer dazu eingeschlossenen Zusatzversicherung Versicherungssteuer bezahlen muss.

Übersicht der sonstigen Kosten

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

neben den in den maßgebenden Versicherungsbedingungen zu bestimmten vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten explizit aufgeführten Kosten stellen wir Ihnen in folgenden Fällen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung, sofern dies in den Versicherungsbedingungen vorgesehen oder nach gesetzlichen Vorschriften zulässig ist:

Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen	4,00 €
Rückläufer im Lastschriftverfahren (ab 2. Rückläufer innerhalb von 6 Monaten)	6,40 €
Durchführung von Vertragsänderungen (z. B. Daueränderungen, Terminverschiebungen)	25,00 €
Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen	8,00 €
Anschriftermittlung	0,00 €
Ausstellung eines Ersatz-Versicherungsscheins	4,00 €
Versicherungsnehmerwechsel	8,00 €
Wiederinkraftsetzung	4,00 €
Einrichtung und Abbrechen des Ablaufmanagements, Fonds-Einstiegsmanagements oder Fonds-Ausstiegsmanagements	6,00 €
Erbringung einer Kapital-Versicherungsleistung in Goldbarren anstatt eines Geldbetrags (nur möglich, soweit die Wertentwicklung des Versicherungsvertrags vereinbarungsgemäß an die Wertentwicklung von Gold gekoppelt war und eine Lieferung von Gold in den Vertragsbedingungen als Option vorgesehen ist):	
– Herstellungskosten der auszuliefernden Goldbarren	
– je Goldbarren zu 1.000 g	18,90 €
– je Goldbarren zu 500 g	16,40 €
– je Goldbarren zu 250 g	13,80 €
– je Goldbarren zu 100 g	10,70 €
– je Goldbarren zu 50 g	9,50 €
– Verpackungs- und Versandkosten der Goldbarren an eine Anschrift in Deutschland	
– bei einem Goldwert bis 25.000 €	66,65 €

Bei einem höheren Goldwert erhöhen sich die Verpackungs- und Versandkosten entsprechend der Anzahl der erforderlichen Teillieferungen. Bei einer Lieferung ins Ausland – sofern eine solche überhaupt möglich ist – fallen höhere Versandkosten an. Bitte fragen Sie uns bei Bedarf hierzu konkret an.

Die Höhe der Kosten kann sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrags ändern. Eine Übersicht über die jeweils aktuellen Kosten können Sie bei uns anfordern.

Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die AachenMünchener Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

AachenMünchener Lebensversicherung AG
AachenMünchener-Platz 1
52064 Aachen
Telefon: 0241 456-0
Fax: 0241 456-4510
E-Mail: service@amv.de

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

datenschutzbeauftragter@amv.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 hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct Datenschutz) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter <https://www.amv.de/datenschutz> abrufen.

Fordern Sie Informationen z. B. zu unserem Unternehmen oder zu Produkten oder Leistungen unseres Unternehmens an, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Bearbeitung Ihres Anliegens. Falls Sie eine Beratung wünschen, benötigen wir Ihre Angaben zur Weitergabe an unseren Vertriebspartner.

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

Die Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, geschieht dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die gegebenenfalls vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte sowie für Markt- und Meinungsumfragen,

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

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

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsfalldaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen können Sie von unseren Rückversicherern

- Generali Deutschland AG, Adenauerring 7, 81737 München
- General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln
- Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München, Königinstraße 107, 80802 München
- Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland, Arabellastraße 30, 81925 München

erhalten.

Vermittler/Vermögensberater:

Soweit sich im Rahmen der Bearbeitung Ihres Anliegens die Notwendigkeit zur Einbeziehung eines Vermittlers/Vermögensberaters ergibt, verarbeitet Ihr Vermittler/Vermögensberater die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Gleiches gilt, wenn Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler/Vermögensberater betreut werden. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler/Vermögensberater, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste auf der CD bzw. in den Unterlagen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie in der jeweils aktuellen Version im Internet unter <https://www.amv.de/datenschutz> finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

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

von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht auf der CD bzw. in den Unterlagen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <https://www.amv.de/datenschutz> entnehmen.

Weitere Empfänger:

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

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalls ggf. zu überprüfen und bei Bedarf zu ergänzen, können wir im dafür erforderlichen Umfang personenbezogene Daten mit dem von Ihnen benannten früheren Versicherer austauschen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, dann tun wir dies nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.



Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)

I. EINLEITUNG

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit Sitz in Berlin ist die Dachorganisation der privaten Versicherer in Deutschland. Ihm gehören über 450 Mitgliedsunternehmen an. Diese bieten als Risikoträger Risikoschutz und Unterstützung sowohl für private Haushalte als auch für Industrie, Gewerbe und öffentliche Einrichtungen. Der Verband setzt sich für alle die Versicherungswirtschaft betreffenden Fachfragen und für ordnungspolitische Rahmenbedingungen ein, die den Versicherern die optimale Erfüllung ihrer Aufgaben ermöglichen.

Die Versicherungswirtschaft ist von jeher darauf angewiesen, in großem Umfang personenbezogene Daten der Versicherten zu verwenden. Sie werden zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung erhoben, verarbeitet und genutzt, um Versicherte zu beraten und zu betreuen sowie um das zu versichernde Risiko einzuschätzen, die Leistungspflicht zu prüfen und Versicherungsmissbrauch im Interesse der Versichertengemeinschaft zu verhindern. Versicherungen können dabei heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung erfüllen.

Die Wahrung der informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Privatsphäre sowie die Sicherheit der Datenverarbeitung sind für die Versicherungswirtschaft ein Kernanliegen, um das Vertrauen der Versicherten zu gewährleisten. Alle Regelungen müssen nicht nur im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzrichtlinie, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und aller bereichsspezifischen Vorschriften über den Datenschutz stehen, sondern die begetretenen Unternehmen der Versicherungswirtschaft verpflichten sich darüber hinaus, den Grundsätzen der Transparenz, der Erforderlichkeit der verarbeiteten Daten und der Datenvermeidung und -sparsamkeit in besonderer Weise nachzukommen.

Hierzu hat der GDV im Einvernehmen mit seinen Mitgliedsunternehmen die folgenden Verhaltensregeln für den Umgang mit den personenbezogenen Daten der Versicherten aufgestellt. Sie schaffen für die Versicherungswirtschaft weitestgehend einheitliche Standards und fördern die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Regelungen. Die für die Mitgliedsunternehmen zuständigen Aufsichtsbehörden haben den Verhaltensregeln zugestimmt. Daraufhin sind sie dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit als für den GDV zuständige Aufsichtsbehörde nach § 38 a Bundesdatenschutzgesetz unterbreitet und von ihm als mit dem geltenden Datenschutzrecht vereinbar erklärt worden. Die Mitgliedsunternehmen des GDV, die diesen Verhaltensregeln gemäß Artikel 30 beitreten, verpflichten sich damit zu deren Einhaltung.

Die Verhaltensregeln sollen den Versicherten der begetretenen Unternehmen die Gewähr bieten, dass Datenschutz- und Datensicherheitsbelange bei der Gestaltung und Bearbeitung von Produkten und Dienstleistungen berücksichtigt werden. Der GDV versichert seine Unterstützung bei diesem Anliegen. Die begetretenen Unternehmen weisen ihre Führungskräfte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die Verhaltensregeln einzuhalten. Antragsteller und Versicherte werden über die Verhaltensregeln informiert.

Darüber hinaus sollen mit den Verhaltensregeln zusätzliche Einwilligungen möglichst entbehrlich gemacht werden. Grundsätzlich sind solche nur noch für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung erforderlich. Für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – hat der GDV gemeinsam mit den zuständigen Aufsichtsbehörden Mustererklärungen mit Hinweisen zu deren Verwendung erarbeitet. Die begetretenen Unternehmen sind von den Datenschutzbehörden aufgefordert – angepasst an ihre Geschäftsabläufe –, Einwilligungstexte zu verwenden, die der Musterklausel entsprechen.

Die vorliegenden Verhaltensregeln konkretisieren und ergänzen die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes für die Versicherungsbranche. Als Spezialregelungen für die begetretenen Mitgliedsunternehmen des GDV erfassen sie die wichtigsten Verarbeitungen personenbezogener Daten, welche die Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung, Beendigung oder Akquise von Versicherungsverträgen sowie zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen vornehmen.

Da die Verhaltensregeln geeignet sein müssen, die Datenverarbeitung aller begetretenen Unternehmen zu regeln, sind sie möglichst allgemeingültig formuliert. Deshalb kann es erforderlich sein, dass die einzelnen Unternehmen diese in unternehmensspezifischen Regelungen konkretisieren. Das mit den Verhaltensregeln erreichte Datenschutzniveau und Datensicherheitsniveau wird dabei nicht unterschritten. Darüber hinaus ist es den Unternehmen unbenommen, Einzelregelungen mit datenschutzrechtlichem Mehrwert, z. B. für besonders sensible Daten wie Gesundheitsdaten oder für die Verarbeitung von Daten im Internet, zu treffen. Haben die begetretenen Unternehmen bereits solche besonders datenschutzfreundlichen Regelungen getroffen oder bestehen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden spezielle Vereinbarungen oder Absprachen zu besonders datenschutzgerechten Verfahrensweisen, behalten diese selbstverständlich auch nach dem Beitritt zu diesen Verhaltensregeln ihre Gültigkeit.

Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes. Unberührt bleiben die Vorschriften zu Rechten und Pflichten von Beschäftigten der Versicherungswirtschaft.

II. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Für die Verhaltensregeln gelten die Begriffsbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Darüber hinaus sind:

Unternehmen:

die diesen Verhaltensregeln begetretenen Mitgliedsunternehmen des GDV, soweit sie das Versicherungsgeschäft als Erstversicherer betreiben,

Versicherungsverhältnis:

Versicherungsvertrag einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisse,

Betroffene:

Versicherte, Antragsteller oder weitere Personen, deren personenbezogene Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft verarbeitet werden,

Versicherte:

- Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen des Unternehmens,
- versicherte Personen einschließlich der Teilnehmer an Gruppenversicherungen,

Antragsteller:

Personen, die ein Angebot angefragt haben oder einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen, unabhängig davon, ob der Versicherungsvertrag zustande kommt,

weitere Personen:

außerhalb des Versicherungsverhältnisses stehende Betroffene, wie Geschädigte, Zeugen und sonstige Personen, deren Daten das Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erhebt, verarbeitet und nutzt,

Datenerhebung:

das Beschaffen von Daten über die Betroffenen,

Datenverarbeitung:

Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen personenbezogener Daten,

Datennutzung:

jede Verwendung personenbezogener Daten, soweit es sich nicht um Verarbeitung handelt,

Automatisierte Verarbeitung:

Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen,

Stammdaten:

die allgemeinen Kundendaten der Versicherten: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geburtsort, Kundennummer, Versicherungsnummer(n) und vergleichbare Identifikationsdaten sowie Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Werbesperren, Werbeeinwilligung und Sperren für Markt- und Meinungsforschung,

Dienstleister:

andere Unternehmen oder Personen, die eigenverantwortlich Aufgaben für das Unternehmen wahrnehmen,

Auftragnehmer:

andere Unternehmen oder Personen, die weisungsgebunden im Auftrag des Unternehmens personenbezogene Daten erheben, verarbeiten oder nutzen,

Vermittler:

selbstständig handelnde natürliche Personen (Handelsvertreter) und Gesellschaften, welche als Versicherungsvertreter oder -makler im Sinne des § 59 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Versicherungsverträge vermitteln oder abschließen.

III. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 1 Geltungsbereich

(1) Die Verhaltensregeln gelten für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft durch die Unternehmen. Dazu gehört neben dem Versicherungsverhältnis die Erfüllung gesetzlicher Ansprüche, auch wenn ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, nicht oder nicht mehr besteht.

(2) Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes.

Art. 2 Grundsatz

(1) Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten erfolgt grundsätzlich nur, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erforderlich ist, insbesondere zur Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Erfüllung der Beratungspflichten nach § 6 VVG, zur Prüfung einer Leistungspflicht und zur internen Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Sie erfolgt auch zur Missbrauchsbekämpfung oder zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen oder zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung.

(2) Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen der den Betroffenen bekannten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt. Eine Änderung oder Erweiterung der Zweckbestimmung erfolgt nur, wenn sie rechtlich zulässig ist und die Betroffenen darüber informiert wurden oder wenn die Betroffenen eingewilligt haben.

Art. 3 Grundsätze zur Qualität der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

(1) Die Unternehmen verpflichten sich, alle personenbezogenen Daten in rechtmäßiger und den schutzwürdigen Interessen der Betroffenen entsprechender Weise zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

(2) Die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung richtet sich an dem Ziel der Datenvermeidung und Datensparsamkeit aus, insbesondere werden die Möglichkeiten zur Anonymisierung und Pseudonymisierung genutzt, soweit dies möglich ist, und der Aufwand nicht unverhältnismäßig zu dem angestrebten Schutzzweck ist. Dabei ist die Anonymisierung der Pseudonymisierung vorzuziehen.

(3) Die verantwortliche Stelle trägt dafür Sorge, dass die vorhandenen personenbezogenen Daten richtig und auf dem aktuellen Stand gespeichert sind. Es werden angemessene Maßnahmen dafür getroffen, dass nicht zutreffende oder unvollständige Daten berichtigt, gelöscht oder gesperrt werden.

(4) Die Maßnahmen nach Absatz 3 Satz 2 werden dokumentiert. Grundsätze hierfür werden in das Datenschutzkonzept der Unternehmen aufgenommen (Artikel 4 Absatz 2).

Art. 4 Grundsätze der Datensicherheit

(1) Zur Gewährleistung der Datensicherheit werden die erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen entsprechend dem Stand der Technik getroffen. Dabei sind Maßnahmen zu treffen, die geeignet sind zu gewährleisten, dass

1. nur Befugte personenbezogene Daten zur Kenntnis nehmen können (Vertraulichkeit),
2. personenbezogene Daten während der Verarbeitung unversehrt, vollständig und aktuell bleiben (Integrität),
3. personenbezogene Daten zeitgerecht zur Verfügung stehen und ordnungsgemäß verarbeitet werden können (Verfügbarkeit),
4. jederzeit personenbezogene Daten ihrem Ursprung zugeordnet werden können (Authentizität),
5. festgestellt werden kann, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise verarbeitet hat (Revisionsfähigkeit),
6. die Verfahrensweisen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vollständig, aktuell und in einer Weise dokumentiert sind, dass sie in zumutbarer Zeit nachvollzogen werden können (Transparenz).

Das sind insbesondere die in der Anlage zu § 9 Satz 1 BDSG enthaltenen Maßnahmen.

(2) Die in den Unternehmen veranlassten Maßnahmen werden in ein umfassendes, die Verantwortlichkeiten regelndes Datenschutz- und -sicherheitskonzept integriert, welches unter Einbeziehung der betrieblichen Datenschutzbeauftragten erstellt wird.

Art. 5 Einwilligung

(1) Soweit die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten, insbesondere Daten über die Gesundheit, auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung der Betroffenen gestützt wird, stellt das Unternehmen sicher, dass diese auf der freien Entscheidung der Betroffenen beruht, wirksam und nicht widerrufen ist.

(2) Soweit die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten von Minderjährigen auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung gestützt wird, werden diese Erklärungen von dem gesetzlichen Vertreter eingeholt. Frühestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres werden diese Erklärungen bei entsprechender Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen von diesem selbst eingeholt.

(3) Die Einwilligung und die Schweigepflichtentbindung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ist die Einwilligung zur Durchführung des Vertrages oder der Schadensabwicklung erforderlich, ist ein Widerruf nach den Grundsätzen von Treu und Glauben ausgeschlossen oder führt dazu, dass die Leistung nicht erbracht werden kann. Diese Beschränkung der Widerrufsmöglichkeit gilt nicht für mündlich erteilte Einwilligungen.

(4) Das einholende Unternehmen bzw. der die Einwilligung einholende Vermittler stellt sicher und dokumentiert, dass die Betroffenen zuvor über die verantwortliche(n) Stelle(n), den Umfang, die Form und den Zweck der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung sowie die Möglichkeit der Verweigerung und die Widerruflichkeit der Einwilligung und deren Folgen informiert sind.

(5) Grundsätzlich wird die Einwilligung in Schriftform gemäß § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuches eingeholt. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen erteilt werden, wird sie so hervorgehoben, dass sie ins Auge fällt. Im Falle besonderer Umstände, z. B. in Eilsituationen oder wenn der Kommunikationswunsch von den Betroffenen ausgeht, und wenn die Einholung einer Einwilligung auf diesem Wege im besonderen Interesse der Betroffenen liegt, kann die Einwilligung auch in anderer Form als der Schriftform, z. B. in Textform oder mündlich erteilt werden.

(6) Wird die Einwilligung mündlich eingeholt, ist dies zu dokumentieren und den Betroffenen mit der nächsten Mitteilung schriftlich oder in Textform, wenn dies dem Vertrag oder der Anfrage des Betroffenen entspricht, zu bestätigen. Wird die Bestätigung in Textform erteilt, muss der Inhalt der Bestätigung unverändert reproduzierbar in den Herrschaftsbereich des Betroffenen gelangt sein.

(7) Eine Einwilligung kann elektronisch erteilt werden, wenn der Erklärungsinhalt schriftlich oder entsprechend Absatz 6 Satz 2 in Textform bestätigt wird. Bei elektronischen Einwilligungen zum Zwecke der Werbung kann die Bestätigung entfallen, wenn die Einwilligung protokolliert wird, die Betroffenen ihren Inhalt jederzeit abrufen können

und die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Bei sonstigen elektronischen Einwilligungen, insbesondere zum Zwecke eines Vertragsabschlusses, kann die Bestätigung entfallen, wenn die Abgabe der Erklärung protokolliert wird und der Inhalt vor der Abgabe der Erklärung zum Vertragsschluss unverändert reproduzierbar in den Herrschaftsbereich der Betroffenen gelangt ist, zum Beispiel durch einen Download, und die Betroffenen unmittelbar danach den Erhalt und die Lesbarkeit, etwa durch Anklicken eines Feldes, versichert haben.

(8) Die Bestätigung der Einwilligung zu Werbezwecken in mündlicher oder in elektronischer Form erfolgt spätestens mit der nächsten Mitteilung. Sonstige mündlich oder elektronisch erteilte Einwilligungen werden zeitnah bestätigt.

Art. 6 Besondere Arten personenbezogener Daten

(1) Besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (insbesondere Angaben über die Gesundheit) werden grundsätzlich mit Einwilligung der Betroffenen nach Artikel 5 und – soweit erforderlich – aufgrund einer Schweigepflichtentbindung erhoben, verarbeitet oder genutzt. In diesem Fall muss sich die Einwilligung ausdrücklich auf diese Daten beziehen.

(2) Darüber hinaus werden besondere Arten personenbezogener Daten auf gesetzlicher Grundlage erhoben, verarbeitet oder genutzt. Dies ist insbesondere dann zulässig, wenn es zur Gesundheitsvorsorge bzw. -versorgung im Rahmen der Aufgabenerfüllung der privaten Krankenversicherungsunternehmen erforderlich ist oder wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche – auch im Rahmen eines Rechtsstreits – erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen am Ausschluss der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

IV. DATENERHEBUNG

Art. 7 Datenerhebung bei den Betroffenen, Informationspflichten und -rechte und Erhebung von Daten weiterer Personen

(1) Personenbezogene Daten werden grundsätzlich bei den Betroffenen unter Berücksichtigung von §§ 19, 31 VVG selbst erhoben.

(2) Die Unternehmen stellen sicher, dass die Betroffenen über die Identität der verantwortlichen Stelle (Name, Sitz), die Zwecke der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung und die Kategorien von Empfängern unterrichtet werden. Diese Informationen werden vor oder spätestens bei der Erhebung gegeben, es sei denn, die Betroffenen haben bereits auf andere Weise Kenntnis von ihnen erlangt.

(3) Die Betroffenen werden auf ihre in Abschnitt VIII festgelegten Rechte hingewiesen.

(4) Personenbezogene Daten weiterer Personen im Sinne dieser Verhaltensregeln werden nur erhoben, wenn dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses erforderlich ist und keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung überwiegender schutzwürdiger Interessen dieser Personen bestehen.

Art. 8 Datenerhebung ohne Mitwirkung der Betroffenen

(1) Abweichend von Artikel 7 Absatz 1 werden Daten nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen erhoben, wenn dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses erforderlich ist oder die Erhebung bei den Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung überwiegender schutzwürdiger Interessen der Betroffenen bestehen, insbesondere wenn der Versicherungsnehmer bei Gruppenversicherungen zulässigerweise die Daten der versicherten Personen oder bei Lebensversicherungen die Daten der Bezugsberechtigten angibt.

(2) Die Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten erfolgt – soweit erforderlich – mit wirksamer Schweigepflichtentbindungserklärung der Betroffenen und nach Maßgabe des § 213 VVG.

(3) Das Unternehmen, das personenbezogene Daten ohne Mitwirkung der Betroffenen erhebt, stellt sicher, dass die Betroffenen anlässlich der ersten Speicherung über diese, die Art der Daten, die Zweckbestimmung der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung und die Identität der verantwortlichen Stelle informiert werden. Die Information unterbleibt, soweit die Betroffenen auf andere Weise von der Speicherung Kenntnis erlangt haben, wenn für eigene Zwecke gespeicherte Daten aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen sind und eine Benachrichtigung wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle unverhältnismäßig ist oder wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder

ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden rechtlichen Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen.

V. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Art. 9 Gemeinsame Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

(1) Wenn das Unternehmen einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen angehört, können die Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung dieser Verhaltensregeln (insbesondere der Artikel 21 und 22) durch die für das gemeinsame Verfahren verantwortliche Stelle gewährleistet ist.

(2) Stammdaten weiterer Personen werden in gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren nur erhoben, verarbeitet und genutzt, soweit dies für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Dies ist technisch und organisatorisch zu gewährleisten.

(3) Abweichend von Absatz 1 können die Versicherungsunternehmen der Gruppe auch weitere Daten aus Anträgen und Verträgen anderer Unternehmen der Gruppe verwenden. Dies setzt voraus, dass dies zum Zweck der Beurteilung des konkreten Risikos eines neuen Vertrages vor dessen Abschluss erforderlich ist. Die Betroffenen müssen auf das Vorhandensein von Daten in einem anderen Unternehmen der Gruppe hingewiesen haben oder erkennbar vom Vorhandensein ihrer Daten in einem anderen Unternehmen der Gruppe ausgegangen sein sowie in den Datenabruf eingewilligt haben.

(4) Erfolgt eine gemeinsame Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Daten gemäß Absatz 1, werden die Versicherten darüber bei Vertragsabschluss oder bei Neueinrichtung eines solchen Verfahrens in Textform informiert.

(5) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste aller Unternehmen der Gruppe bereit, die an einer zentralisierten Bearbeitung teilnehmen und macht diese in geeigneter Form bekannt.

(6) Nimmt ein Unternehmen für ein anderes Mitglied der Gruppe Datenerhebungen, -verarbeitungen oder -nutzungen vor, richtet sich dies nach Artikel 21 oder 22 dieser Verhaltensrichtlinie.

Art. 10 Tarifkalkulation und Prämienberechnung

(1) Die Versicherungswirtschaft errechnet auf der Basis von Statistiken und Erfahrungswerten mit Hilfe versicherungsmathematischer Methoden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Versicherungsfällen sowie deren Schadenhöhe und entwickelt auf dieser Grundlage Tarife. Dazu werten Unternehmen Daten aus Versicherungsverhältnissen ausschließlich in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form aus.

(2) Eine Übermittlung von Daten an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. oder andere Stellen zur Errechnung unternehmensübergreifender Statistiken oder zur Tarifkalkulation erfolgt nur in anonymisierter oder – soweit erforderlich – pseudonymisierter Form. Der Rückschluss auf die Betroffenen ist auszuschließen.

(3) Zur Ermittlung der risikogerechten Prämie werden diese Tarife auf die individuelle Situation des Antragstellers angewandt. Darüber hinaus kann eine Bewertung des individuellen Risikos des Antragstellers durch spezialisierte Risikoprüfer, z. B. Ärzte, in die Prämienermittlung einfließen. Hierzu werden auch personenbezogene Daten verwendet, die im Rahmen dieser Verhaltensrichtlinie erhoben worden sind.

Art. 11 Scoring

Für das Scoring gelten die gesetzlichen Regelungen, insbesondere § 28b BDSG.

Art. 12 Bonitätsdaten

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Bonitätsdaten gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 13 Automatisierte Einzelentscheidungen

(1) Entscheidungen, die für die Betroffenen eine negative rechtliche oder wirtschaftliche Folge nach sich ziehen oder sie erheblich

beeinträchtigen, werden grundsätzlich nicht ausschließlich auf eine automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten gestützt, die der Bewertung einzelner Persönlichkeitsmerkmale dienen. Dies wird organisatorisch sicher gestellt. Die Informationstechnik wird grundsätzlich nur als Hilfsmittel für eine Entscheidung herangezogen, ohne dabei deren einzige Grundlage zu bilden. Dies gilt nicht, wenn einem Begehren der Betroffenen in vollem Umfang stattgegeben wird.

(2) Sofern automatisierte Entscheidungen zu Lasten der Betroffenen getroffen werden, wird dies den Betroffenen von der verantwortlichen Stelle unter Hinweis auf das Auskunftsrecht mitgeteilt. Auf Verlangen werden den Betroffenen auch der logische Aufbau der automatisierten Verarbeitung sowie die wesentlichen Gründe dieser Entscheidung mitgeteilt und erläutert, um ihnen die Geltendmachung ihres Standpunktes zu ermöglichen. Die Information über den logischen Aufbau umfasst die verwendeten Datenarten sowie ihre Bedeutung für die automatisierte Entscheidung. Die Entscheidung wird auf dieser Grundlage in einem nicht ausschließlich automatisierten Verfahren erneut geprüft.

(3) Der Einsatz automatisierter Entscheidungshilfen wird dokumentiert.

Art. 14 Hinweis- und Informationssystem (HIS)*

(1) Die Unternehmen der deutschen Versicherungswirtschaft – mit Ausnahme der privaten Krankenversicherer – nutzen ein Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Der Betrieb und die Nutzung des HIS erfolgen nach den Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes zur geschäftsmäßigen Datenerhebung und -speicherung zum Zweck der Übermittlung (Auskunftei).

(2) Das HIS wird getrennt nach Versicherungssparten betrieben. In allen Sparten wird der Datenbestand in jeweils zwei Datenpools getrennt verarbeitet: in einem Datenpool für die Abfrage zur Risikoprüfung im Antragsfall (A-Pool) und in einem Pool für die Abfrage zur Leistungsprüfung (L-Pool). Die Unternehmen richten die Zugriffsberechtigungen für ihre Mitarbeiter entsprechend nach Sparten und Angaben getrennt ein.

(3) Die Unternehmen melden bei Vorliegen festgelegter Einmeldekriterien Daten zu Personen, Fahrzeugen oder Immobilien an den Betreiber des HIS, wenn ein erhöhtes Risiko vorliegt oder eine Auffälligkeit, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten könnte. Vor einer Einmeldung von Daten zu Personen erfolgt eine Abwägung der Interessen der Unternehmen und des Betroffenen. Bei Vorliegen der festgelegten Meldekriterien ist regelmäßig von einem überwiegenden berechtigten Interesse des Unternehmens an der Einmeldung auszugehen. Besondere Arten personenbezogener Daten, wie z. B. Gesundheitsdaten, werden nicht an das HIS gemeldet.

(4) Die Unternehmen informieren die Versicherungsnehmer bereits bei Vertragsabschluss in allgemeiner Form über das HIS unter Angabe der verantwortlichen Stelle mit deren Kontaktdaten. Sie benachrichtigen anlässlich der Einmeldung die Betroffenen über die Art der gemeldeten Daten, den Zweck der Meldung, den Datenempfänger und den möglichen Abruf der Daten.

(5) Ein Abruf von Daten aus dem HIS kann bei Antragstellung und im Leistungsfall erfolgen, nicht jedoch bei Auszahlung einer Kapitallebensversicherung im Erlebensfall. Der Datenabruf ist nicht die alleinige Grundlage für eine Entscheidung im Einzelfall. Die Informationen werden lediglich als Hinweis dafür gewertet, dass der Sachverhalt einer näheren Prüfung bedarf. Alle Datenabrufe erfolgen im automatisierten Abrufverfahren und werden protokolliert für Revisionszwecke und den Zweck, stichprobenartig deren Berechtigung prüfen zu können.

(6) Soweit zur weiteren Sachverhaltsaufklärung erforderlich, können im Leistungsfall auch Daten zwischen dem einmeldenden und dem abrufenden Unternehmen ausgetauscht werden, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse am Ausschluss der Übermittlung hat. Der Datenaustausch wird dokumentiert. Soweit der Datenaustausch nicht gemäß Artikel 15 erfolgt, werden die Betroffenen über den Datenaustausch informiert. Eine Information ist nicht erforderlich, solange die Aufklärung des Sachverhalts dadurch gefährdet würde oder wenn die Betroffenen auf andere Weise Kenntnis vom Datenaustausch erlangt haben.

(7) Die im HIS gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 4. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzung für die Einmeldung gelöscht. Zu einer Verlängerung der Speicherdauer auf maximal 10 Jahre kommt es in der Lebensversicherung im Leistungsbereich oder bei erneuter Einmeldung innerhalb der regulären Speicherdauer

gemäß Satz 1. Daten zu Anträgen, bei denen kein Vertrag zustande gekommen ist, werden im HIS spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Jahr der Antragstellung gelöscht.

(8) Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft gibt unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben einen detaillierten Leitfaden zur Nutzung des HIS an die Unternehmen heraus.

Art. 15 Aufklärung von Widersprüchlichkeiten

(1) Ergeben sich bei oder nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung oder bei Aktualisierungen von Antragsdaten während des Versicherungsverhältnisses unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde oder dass falsche oder unvollständige Sachverhaltsangaben bei der Feststellung eines entstandenen Schadens gemacht wurden, nimmt das Unternehmen ergänzende Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen vor, soweit dies zur Aufklärung der Widersprüchlichkeiten erforderlich ist.

(2) Ergänzende Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen zur Überprüfung der Angaben zur Risikobeurteilung bei Antragstellung erfolgen nur innerhalb von fünf Jahren, bei Krankenversicherungen innerhalb von drei Jahren nach Vertragsschluss. Diese Frist kann sich verlängern, wenn die Anhaltspunkte für eine Anzeigepflichtverletzung dem Unternehmen erst nach Ablauf der Frist durch Prüfung eines in diesem Zeitraum aufgetretenen Schadens bekannt werden. Bestehen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Versicherungsnehmer bei der Antragstellung vorsätzlich oder arglistig unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht hat, verlängert sich dieser Zeitraum auf 10 Jahre.

(3) Ist die ergänzende Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von besonderen Arten personenbezogener Daten, insbesondere von Daten über die Gesundheit, nach Absatz 1 erforderlich, werden die Betroffenen entsprechend ihrer Erklärung im Versicherungsantrag vor einer Datenerhebung nach § 213 Abs. 2 VVG unterrichtet und auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen oder von den Betroffenen wird zuvor eine eigenständige Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung eingeholt.

Art. 16 Datenaustausch mit anderen Versicherern

(1) Ein Datenaustausch zwischen einem Vorversicherer und seinem nachfolgenden Versicherer wird zur Erhebung tarifrelevanter oder leistungsrelevanter Angaben unter Beachtung des Artikels 8 Absatz 1 vorgenommen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Angaben erforderlich sind:

1. bei der Risikoeinschätzung zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadensfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung,
2. zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel,
3. zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer,
4. zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten.

In den Fällen der Nummern 1 und 4 ist der Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung nur zulässig, wenn die Betroffenen bei Datenerhebung im Antrag über den möglichen Datenaustausch und dessen Zweck und Gegenstand informiert werden. Nach einem Datenaustausch zum Zweck der Leistungsprüfung werden die Betroffenen über einen erfolgten Datenaustausch im gleichen Umfang informiert. Artikel 15 bleibt unberührt.

(2) Ein Datenaustausch mit anderen Versicherern außerhalb der für das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) getroffenen Regelungen erfolgt darüber hinaus, soweit dies zur Prüfung und Abwicklung gemeinsamer, mehrfacher oder kombinierter Absicherung von Risiken, des gesetzlichen Übergangs einer Forderung gegen eine andere Person oder zur Regulierung von Schäden zwischen mehreren Versicherern über bestehende Teilungs- und Regressverzichtsabkommen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegen steht.

(3) Der Datenaustausch wird dokumentiert.

* Die AachenMünchener Lebensversicherung AG beteiligt sich derzeit nicht am HIS.

Art. 17 Datenübermittlung an Rückversicherer

(1) Um jederzeit zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus den Versicherungsverhältnissen in der Lage zu sein, geben Unternehmen einen Teil ihrer Risiken aus den Versicherungsverträgen an Rückversicherer weiter. Zum weiteren Risikoausgleich bedienen sich in einigen Fällen diese Rückversicherer ihrerseits weiterer Rückversicherer. Zur ordnungsgemäßen Begründung, Durchführung oder Beendigung des Rückversicherungsvertrages werden in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form Daten aus dem Versicherungsantrag oder -verhältnis, insbesondere Versicherungsnummer, Beitrag, Art und Höhe des Versicherungsschutzes und des Risikos sowie etwaige Risikozuschläge weitergegeben.

(2) Personenbezogene Daten erhalten die Rückversicherer nur, soweit dies erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegensteht. Dies kann der Fall sein, wenn im Rahmen des konkreten Rückversicherungsverhältnisses die Übermittlung personenbezogener Daten an Rückversicherer aus folgenden Gründen erfolgt:

1. Die Rückversicherer führen z. B. bei hohen Vertragssummen oder bei einem schwer einzustufenden Risiko im Einzelfall die Risikoprüfung und die Leistungsprüfung durch.
2. Die Rückversicherer unterstützen die Unternehmen bei der Risiko- und Schadenbeurteilung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen.
3. Die Rückversicherer erhalten zur Bestimmung des Umfangs der Rückversicherungsverträge einschließlich der Prüfung, ob und in welcher Höhe sie an ein und demselben Risiko beteiligt sind (Kumulkontrolle) sowie zu Abrechnungszwecken Listen über den Bestand der unter die Rückversicherung fallenden Verträge.
4. Die Risiko- und Leistungsprüfung durch den Erstversicherer wird von den Rückversicherern stichprobenartig kontrolliert zur Prüfung ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Erstversicherer.

(3) Die Unternehmen vereinbaren mit den Rückversicherern, dass personenbezogene Daten von diesen nur zu den in Absatz 2 genannten Zwecken verwendet werden. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch (StGB) unterliegen, verpflichten sie die Rückversicherer hinsichtlich der Daten, die sie nach Absatz 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Rückversicherer sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

(4) Besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, erhalten die Rückversicherer nur, wenn die Voraussetzungen des Artikels 6 erfüllt sind.

VI. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN FÜR VERTRIEBSZWECKE UND ZUR MARKT- UND MEINUNGSFORSCHUNG

Art. 18 Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung

Personenbezogene Daten werden für Zwecke der Werbung nur auf der Grundlage von § 28 Abs. 3 bis 4 BDSG und unter Beachtung von § 7 UWG erhoben, verarbeitet und genutzt.

Art. 19 Markt- und Meinungsforschung

(1) Die Unternehmen führen Markt- und Meinungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen der Betroffenen durch.

(2) Soweit die Unternehmen andere Stellen mit der Markt- und Meinungsforschung beauftragen, ist die empfangende Stelle unter Nachweis der Einhaltung der Datenschutzstandards auszuwählen. Vor der Datenweitergabe sind die Einzelheiten des Forschungsvorhabens vertraglich nach den Vorgaben des Artikel 21 oder 22 zu regeln. Dabei ist insbesondere festzulegen:

- a) dass die übermittelten und zusätzlich erhobenen Daten frühestmöglich anonymisiert werden,
- b) dass die Auswertung der Daten sowie die Übermittlung der Ergebnisse der Markt- und Meinungsforschung an die Unternehmen ausschließlich in anonymisierter Form erfolgen.

(3) Soweit die Unternehmen selbst personenbezogene Daten zum Zweck der Markt- und Meinungsforschung verarbeiten oder nutzen, werden die Daten frühestmöglich anonymisiert. Die Ergebnisse werden ausschließlich in anonymisierter Form gespeichert oder genutzt.

(4) Soweit im Rahmen der Markt- und Meinungsforschung geschäftliche Handlungen vorgenommen werden, die als Werbung zu werten sind, beispielsweise wenn bei der Datenerhebung auch absatzfördernde Äußerungen erfolgen, richtet sich die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dafür nach den in Artikel 18 getroffenen Regelungen.

Art. 20 Datenübermittlung an selbstständige Vermittler

(1) Eine Übermittlung personenbezogener Daten erfolgt an den betreuenden Vermittler nur, soweit es zur bedarfsgerechten Vorbereitung oder Bearbeitung eines konkreten Antrags bzw. Vertrags oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten der Betroffenen erforderlich ist. Die Vermittler werden auf ihre besonderen Verschwiegenheitspflichten wie das Berufs- oder Datengeheimnis hingewiesen.

(2) Vor der erstmaligen Übermittlung personenbezogener Daten an einen Versicherungsvertreter oder im Falle eines Wechsels vom betreuenden Versicherungsvertreter auf einen anderen Versicherungsvertreter informiert das Unternehmen die Versicherten oder Antragsteller vorbehaltlich der Regelung des Absatz 3 vor der Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten über den bevorstehenden Datentransfer, die Identität (Name, Sitz) des neuen Versicherungsvertreters und ihr Widerspruchsrecht. Eine Information durch den bisherigen Versicherungsvertreter steht einer Information durch das Unternehmen gleich. Im Falle eines Widerspruchs findet die Datenübermittlung grundsätzlich nicht statt. In diesem Fall wird die Betreuung durch einen anderen Versicherungsvertreter oder das Unternehmen selbst angeboten.

(3) Eine Ausnahme von Absatz 2 besteht, wenn die ordnungsgemäße Betreuung der Versicherten im Einzelfall oder wegen des unerwarteten Wegfalls der Betreuung der Bestand der Vertragsverhältnisse gefährdet ist.

(4) Personenbezogene Daten von Versicherten oder Antragstellern dürfen an einen Versicherungsmakler übermittelt werden, wenn diese dem Makler eine Maklervollmacht erteilt haben. Für den Fall des Wechsels des Maklers gilt Absatz 2 entsprechend.

(5) Eine Übermittlung von Gesundheitsdaten durch das Unternehmen an den betreuenden Vermittler erfolgt grundsätzlich nicht, es sei denn, es liegt eine Einwilligung der Betroffenen vor. Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bleiben hiervon unberührt.

VII. DATENVERARBEITUNG IM AUFTRAG UND FUNKTIONS-ÜBERTRAGUNG

Art. 21 Pflichten bei der Datenerhebung und -verarbeitung im Auftrag

(1) Sofern ein Unternehmen personenbezogene Daten gemäß § 11 BDSG im Auftrag erheben, verarbeiten oder nutzen lässt (z. B. Elektronische Datenverarbeitung, Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Adressverwaltung, Schaden- und Leistungsbearbeitung ohne selbstständigen Entscheidungsspielraum, Sicherstellung der korrekten Verbuchung von Zahlungseingängen, Zahlungsausgang, Inkasso ohne selbstständigen Forderungseinzug, Entsorgung von Dokumenten) wird der Auftragnehmer mindestens gemäß § 11 Abs. 2 BDSG vertraglich verpflichtet. Es wird nur ein solcher Auftragnehmer ausgewählt, der alle für die Verarbeitung notwendigen technischen und organisatorischen Anforderungen und Sicherheitsvorkehrungen durch geeignete Maßnahmen gewährleistet. Das Unternehmen überzeugt sich vor Auftragserteilung und sodann regelmäßig von der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen und dokumentiert die Ergebnisse.

(2) Jede Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung ist nur im Rahmen der Weisungen des Unternehmens zulässig. Vertragsklauseln sollen den Beauftragten für den Datenschutz vorgelegt werden, die bei Bedarf beratend mitwirken.

(3) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Auftragnehmer bereit. Ist die systematische automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags, können die Auftragsdatenverarbeiter in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Auftragnehmer, die nur einmalig tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

Art. 22 Funktionsübertragung an Dienstleister

(1) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung erfolgt, soweit dies für die Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses mit den

Betroffenen erforderlich ist. Das ist insbesondere der Fall, wenn Sachverständige mit der Begutachtung eines Versicherungsfalls beauftragt sind oder wenn Dienstleister zur Ausführung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen, die eine Sachleistung beinhalten, eingeschaltet werden (sog. Assistance).

(2) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben kann auch dann erfolgen, wenn dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des Unternehmens erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegen steht. Das kann z. B. der Fall sein, wenn Dienstleister Aufgaben übernehmen, die der Geschäftsabwicklung des Unternehmens dienen, wie beispielsweise die Risikoprüfung, Schaden- und Leistungsbearbeitung, Inkasso mit selbständigem Forderungseinzug oder die Bearbeitung von Rechtsfällen und die Voraussetzungen der Absätze 4 bis 7 erfüllt sind.

(3) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister nach Absatz 1 und 2 unterbleibt, soweit der Betroffene dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegt. Die Betroffenen werden in geeigneter Weise darauf hingewiesen.

(4) Das Unternehmen schließt mit den Dienstleistern, die in seinem Interesse tätig werden, eine vertragliche Vereinbarung, die mindestens folgende Punkte enthalten muss:

- Eindeutige Beschreibung der Aufgaben des Dienstleisters;
- Sicherstellung, dass die übermittelten Daten nur im Rahmen der vereinbarten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt werden;
- Gewährleistung eines Datenschutz- und Datensicherheitsstandards, der diesen Verhaltensregeln entspricht;
- Verpflichtung des Dienstleisters, dem Unternehmen alle Auskünfte zu erteilen, die zur Erfüllung einer beim Unternehmen verbleibenden Auskunftspflicht erforderlich sind oder dem Betroffenen direkt Auskunft zu erteilen.

Diese Aufgabenauslagerungen werden im Verfahrensverzeichnis abgebildet.

(5) Unternehmen und Dienstleister vereinbaren zusätzlich, dass Betroffene, welche durch die Übermittlung ihrer Daten an den Dienstleister oder die Verarbeitung ihrer Daten durch diesen einen Schaden erlitten haben, berechtigt sind, von beiden Parteien Schadenersatz zu verlangen. Vorrangig tritt gegenüber den Betroffenen das Unternehmen für den Ersatz des Schadens ein. Die Parteien vereinbaren, dass sie gesamtschuldnerisch haften und sie nur von der Haftung befreit werden können, wenn sie nachweisen, dass keine von ihnen für den erlittenen Schaden verantwortlich ist.

(6) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Dienstleister bereit, an die Aufgaben im Wesentlichen übertragen werden. Ist die systematische automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Vertrages können die Dienstleister in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Stellen, die nur einmalig tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(7) Das Unternehmen stellt sicher, dass die Auskunftsrechte der Betroffenen gemäß Artikel 23 durch die Einschaltung des Dienstleisters nicht geschmälert werden.

(8) Besondere Arten personenbezogener Daten dürfen in diesem Rahmen nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn die Betroffenen eingewilligt haben oder die Voraussetzungen des Artikels 6 Absatz 2 vorliegen. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Dienstleister hinsichtlich der Daten, die sie nach den Absätzen 1 und 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Dienstleister sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

VIII. RECHTE DER BETROFFENEN

Art. 23 Auskunftsanspruch

(1) Betroffene können schriftlich, telefonisch, mit Faxgerät oder elektronischer Post Auskunft über die beim Unternehmen über sie gespeicherten Daten verlangen. Ihnen wird dann entsprechend ihrer Anfrage Auskunft darüber erteilt, welche personenbezogenen Daten

welcher Herkunft über sie zu welchen Zwecken beim Unternehmen gespeichert sind. Im Falle einer (geplanten) Übermittlung wird den Betroffenen auch über die Dritten oder die Kategorien von Dritten, an die seine Daten übermittelt werden (sollen), Auskunft erteilt.

(2) Eine Auskunft kann nur unterbleiben, wenn sie die Geschäftszwecke des Unternehmens erheblich gefährden würde, insbesondere wenn aufgrund besonderer Umstände ein überwiegendes Interesse an der Wahrung eines Geschäftsgeheimnisses besteht, es sei denn, dass das Interesse an der Auskunft die Gefährdung überwiegt oder wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden rechtlichen Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen.

(3) Im Falle einer Rückversicherung (Artikel 17) oder einer Funktionsübertragung an Dienstleister (Artikel 22) nimmt das Unternehmen die Auskunftsverlangen entgegen und erteilt auch alle Auskünfte, zu denen der Rückversicherer bzw. Dienstleister verpflichtet ist oder es stellt die Auskunftserteilung durch diesen sicher.

Art. 24 Ansprüche auf Berichtigung, Löschung und Sperrung

(1) Erweisen sich die gespeicherten personenbezogenen Daten als unrichtig oder unvollständig, werden diese berichtigt.

(2) Personenbezogene Daten werden unverzüglich gelöscht, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung oder Nutzung sich aufgrund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten für die verantwortliche Stelle zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung oder Nutzung nicht mehr erforderlich ist.

(3) Die Prüfung des Datenbestandes auf die Notwendigkeit einer Löschung nach Absatz 2 erfolgt in regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich.

(4) An die Stelle einer Löschung tritt eine Sperrung, soweit der Löschung gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen, Grund zu der Annahme besteht, dass durch eine Löschung schutzwürdige Interessen der Betroffenen beeinträchtigt würden oder die Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Personenbezogene Daten werden ferner gesperrt, soweit ihre Richtigkeit vom Betroffenen bestritten wird und sich weder ihre Richtigkeit noch ihre Unrichtigkeit feststellen lässt.

(5) Das Unternehmen benachrichtigt empfangende Stellen, insbesondere Rückversicherer und Versicherungsvertreter über eine erforderliche Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten.

(6) Soweit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten aufgrund eines Antrags der Betroffenen erfolgte, werden diese nach der Ausführung hierüber unterrichtet.

IX. EINHALTUNG UND KONTROLLE

Art. 25 Verantwortlichkeit

(1) Die Unternehmen gewährleisten als verantwortliche Stellen, dass die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit beachtet werden.

(2) Beschäftigte, die mit der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten betraut sind, werden auf das Datengeheimnis gemäß § 5 BDSG verpflichtet. Sie werden darüber unterrichtet, dass Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften auch als Ordnungswidrigkeit geahndet oder strafrechtlich verfolgt werden und Schadensersatzansprüche nach sich ziehen können. Verletzungen datenschutzrechtlicher Vorschriften, für die einzelne Beschäftigte verantwortlich gemacht werden können, können entsprechend dem jeweils geltenden Recht arbeitsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

(3) Die Verpflichtung der Beschäftigten auf das Datengeheimnis gilt auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus.

Art. 26 Transparenz

(1) Auf Anfrage werden die Angaben über die eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren zugänglich gemacht, die der Meldepflicht an die betrieblichen Beauftragten für den Datenschutz unterliegen und bei diesen im Verfahrensverzeichnis gespeichert sind (§ 4e Satz 1 Nr. 1 bis 8 BDSG).

(2) Informationen nach Absatz 1 sowie Informationen über datenverarbeitende Stellen, eingesetzte Datenverarbeitungsverfahren oder den Beitritt zu diesen Verhaltensregeln, die in geeigneter Form bekannt

zu geben sind (Artikel 9 Absatz 5, Artikel 21 Absatz 3, Artikel 22 Absatz 6, Artikel 27 Absatz 5, Artikel 28 Absatz 1 Satz 2 und Artikel 30 Absatz 1), werden im Internet veröffentlicht; in jedem Fall werden sie auf Anfrage in Schriftform (Briefpost) oder einer der Anfrage entsprechenden Textform (Telefax, elektronische Post) zugesandt. Artikel 23 Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

Art. 27 Beauftragte für den Datenschutz

(1) Jedes Unternehmen benennt entsprechend den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes einen Beauftragten für den Datenschutz als weisungsunabhängiges Organ, welches auf die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften sowie dieser Verhaltensregeln hinwirkt. Das Unternehmen trägt der Unabhängigkeit vertraglich Rechnung.

(2) Die Beauftragten überwachen die ordnungsgemäße Anwendung der im Unternehmen eingesetzten Datenverarbeitungsprogramme und werden zu diesem Zweck vor der Einrichtung oder nicht nur unbedeutenden Veränderung eines Verfahrens zur automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten rechtzeitig unterrichtet und wirken hieran beratend mit.

(3) Dazu können sie in Abstimmung mit der jeweiligen Unternehmensleitung alle Unternehmensbereiche zu den notwendigen Datenschutzmaßnahmen veranlassen. Insoweit haben sie ungehindertes Kontrollrecht im Unternehmen.

(4) Die Beauftragten für den Datenschutz machen die bei der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten tätigen Personen durch geeignete Maßnahmen mit den jeweiligen besonderen Erfordernissen des Datenschutzes vertraut.

(5) Daneben können sich alle Betroffenen jederzeit mit Anregungen, Anfragen, Auskunftersuchen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Fragen des Datenschutzes oder der Datensicherheit auch an die Beauftragten für den Datenschutz wenden. Anfragen, Ersuchen und Beschwerden werden vertraulich behandelt. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben.

(6) Die für den Datenschutz verantwortlichen Geschäftsführungen der Unternehmen unterstützen die Beauftragten für den Datenschutz bei der Ausübung ihrer Tätigkeit und arbeiten mit ihnen vertrauensvoll zusammen, um die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften und dieser Verhaltensregeln zu gewährleisten. Die Datenschutzbeauftragten können sich dazu jederzeit mit der jeweils zuständigen datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde vertrauensvoll beraten.

Art. 28 Beschwerden und Reaktion bei Verstößen

(1) Die Unternehmen werden Beschwerden von Versicherten oder sonstigen Betroffenen wegen Verstößen gegen datenschutzrechtliche Regelungen sowie diese Verhaltensregeln zeitnah bearbeiten und innerhalb einer Frist von 14 Tagen beantworten oder einen Zwischenbescheid geben. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben. Kann der verantwortliche Fachbereich nicht zeitnah Abhilfe schaffen, hat er sich umgehend an den Beauftragten für den Datenschutz zu wenden.

(2) Die Geschäftsführungen der Unternehmen werden bei begründeten Beschwerden so schnell wie möglich Abhilfe schaffen.

(3) Sollte dies einmal nicht der Fall sein, können sich die Beauftragten für den Datenschutz an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden. Sie teilen dies den Betroffenen unter Benennung der zuständigen Aufsichtsbehörde mit.

Art. 29 Information bei unrechtmäßiger Kenntniserlangung von Daten durch Dritte

(1) Falls personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen von Absatz 2 unrechtmäßig übermittelt worden oder Dritten unrechtmäßig zur Kenntnis gelangt sind, informieren die Unternehmen unverzüglich

die zuständige Aufsichtsbehörde. Die Betroffenen werden benachrichtigt, sobald angemessene Maßnahmen zur Sicherung der Daten ergriffen worden oder nicht unverzüglich erfolgt sind und die Strafverfolgung nicht mehr gefährdet wird. Würde eine Benachrichtigung unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, z. B. wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle oder wenn eine Feststellung der Betroffenen nicht in vertretbarer Zeit oder mit vertretbarem technischem Aufwand möglich ist, tritt an ihre Stelle eine Information der Öffentlichkeit.

(2) Die Benachrichtigung erfolgt, wenn die personenbezogenen Daten

- a) einem Berufsgeheimnis unterliegen, insbesondere Daten eines Unternehmens der Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung, die nach § 203 StGB geschützt sind,
- b) besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, sind,
- c) sich auf strafbare Handlungen, z. B. des Versicherungsbetruges, oder Ordnungswidrigkeiten, z. B. nach Maßgabe des Straßenverkehrsgesetzes, oder einen entsprechenden Verdacht beziehen oder
- d) Bank oder Kreditkartenkonten

betreffen und schwerwiegende Beeinträchtigungen für die Rechte oder schutzwürdigen Interessen der Betroffenen drohen. Davon ist in der Regel auszugehen, wenn diesen Vermögensschäden oder nicht unerhebliche soziale Nachteile drohen.

(3) Die Unternehmen verpflichten ihre Auftragsdatenverarbeiter nach § 11 BDSG, sie unverzüglich über Vorfälle nach den Absätzen 1 und 2 bei diesen zu unterrichten.

(4) Die Unternehmen erstellen ein Konzept für den Umgang mit Vorfällen nach den Absätzen 1 und 2. Sie stellen sicher, dass diese der Geschäftsleitung sowie dem betrieblichen Datenschutzbeauftragten zur Kenntnis gelangen.

X. FORMALIA

Art. 30 Beitrittserfordernis und Übergangsvorschriften

(1) Die Unternehmen, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind, verpflichten sich zu deren Einhaltung ab dem Zeitpunkt des Beitritts. Der Beitritt der Unternehmen wird vom GDV dokumentiert und in geeigneter Form bekannt gegeben.

(2) Soweit zur Einhaltung dieser Verhaltensregeln technische Änderungen der Datenverarbeitungsverfahren in den Unternehmen erforderlich sind, legen die Unternehmen der zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Jahres nach Beitritt einen Zeitplan für die Umsetzung vor und melden die Fertigstellung nach Abschluss der technischen Umsetzung bis zum Ende des zweiten Kalenderjahres nach dem Beitrittsjahr.

(3) Versicherungsnehmer, deren Verträge vor dem Beitritt des Unternehmens zu diesen Verhaltensregeln bereits bestanden, werden über das Inkrafttreten dieser Verhaltensregeln über den Internetauftritt des Unternehmens sowie spätestens mit der nächsten Vertragspost in Textform informiert.

Art. 31 Evaluierung

Diese Verhaltensregeln werden bei jeder ihren Regelungsgehalt betreffenden Rechtsänderung in Bezug auf diese, spätestens aber fünf Jahre nach dem Abschluss der Überprüfung gemäß § 38 a Absatz 2 BDSG insgesamt evaluiert.

Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Liste der Dienstleister

Die AachenMünchener Lebensversicherung AG und die AachenMünchener Versicherung AG (im folgenden AachenMünchener genannt) arbeiten unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen/ Personen) zusammen:

Unternehmen/Dienstleister	Übertragene Aufgaben
AM Gesellschaft für betriebliche Altersversorgung mbH (AMbAV)	– Betriebliche Altersversorgung, z. B. versicherungsmathematische Gutachten zu Pensionszusagen, Ausarbeitung Versorgungsordnungen
ATLAS Dienstleistungen für Vermögensberatung GmbH	– Dienstleistungen, z. B. Antragserfassung, Provisionsverteilung, Abrechnung für die Deutsche Vermögensberatung, IT-Betreuung
Central Krankenversicherung AG	– Leistungsbearbeitung bei Krankentagegeld
Deutsche Bausparkasse Badenia AG	– Immobilienkredite – Sicherungsvermögen – Darlehensgeschäft
Europ Assistance Versicherungs-AG Europ Assistance Services GmbH	– Telefonischer Kundenservice – Assistance-Leistungen – Schaden- und Schriftgutbearbeitung
GDV Dienstleistungs-GmbH	– Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten – unterstützende Tätigkeit im Rahmen des Unfallmeldedienstes
Generali Deutschland AG	Erbringung von Leistungen, u. a. – Konzernrevision – Recht und Datenschutzbeauftragter – Kundenmanagement & -marketing – Fachliche Systementwicklung – Controlling – Rechnungswesen
Generali Deutschland Informatik Services GmbH Generali Shared Services S.c.a.r.l., Zweigniederlassung Deutschland Diverse IT-Dienstleister	Erbringung von IT- und Telekommunikations-Leistungen, u. a. – Bereitstellung von Hard- und Software – Betrieb eines Rechenzentrums – Netzwerk-Betrieb – Telekommunikation – Beratung und Unterstützung
Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH	– Leistungsbearbeitung im Schadenfall – Schadenmanagement
Generali Deutschland Services GmbH	– Abwicklung Zahlungsverkehr – Druck, Versand und Logistik einschließlich Scannen der Eingangs- post – Schriftverkehr mit Kunden und Vertriebspartnern – Unterstützung beim Kundenservice
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)	– Führen von Branchenstatistiken
informa HIS GmbH	– Melden und Abrufen von Daten in das/aus dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Versicherungswirtschaft
Nicht zum Konzern gehörende Versicherungsunternehmen, z. B. Allianz Lebensversicherungs-AG, AXA Lebensversicherung AG, Württembergische Lebensversicherung AG	– Konsortialgeschäft federführend und nicht-federführend – im Rahmen des Übertragungsabkommens bAV – im Rahmen des Versorgungsausgleichs

Darüber hinaus arbeitet die AachenMünchener mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen	Tätigkeiten
Adressermittler	– Berichtigung Adressbestände
Akten- und Datenvernichter	– Entsorgung von Akten und Datenträgern
Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer und allgemeine Gutachter/Sachverständige, Schaden-/Außenregulierer, Schadenregulierung	– (Sachverständigen-)Gutachten bei Antragstellung, im Leistungs- und Schadenfall – medizinische Untersuchungen – Vor-Ort-Schadenregulierung
Assistance-Leister	– Telefonischer Kundenservice – Assistance-Leistungen – Schaden- und Schriftgutbearbeitung
Behörden, z. B. Gericht, Finanzamt	– Verfahren im Rahmen des Versorgungsausgleichs – Abführung von Kapitalertragsteuer – Bearbeitung von Rentenbezugsmitteilungen
Beratungsunternehmen	– Unternehmensberatung
Inkasso-Unternehmen	– Forderungseinzug
IT- und Telekommunikations-Unternehmen, IT-Berater	– IT- und Telekommunikationsdienstleistungen – Beratung
Letter-Shops, Post- und Paketdienste, Druckereien	– Serienbrief-Erstellung – Druck und Versand
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	– Kundenzufriedenheitsbefragungen – Markt- und Meinungsforschung – Marketingaktivitäten
Rechtsanwälte	– Anwaltliche Leistungen
Reha-Dienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen, Krankenhäuser, Mobilitätsdienstleister	– Assistance-Leistungen
Übersetzer	– Übersetzungen
Wirtschaftsauskunfteien	– Einholung von Auskünften bei Antragstellung und bei der Leistungsbearbeitung
Wirtschaftsprüfer	– Buchführung