

Rentenversicherung als Direktversicherung

- Versicherungsbedingungen
- Allgemeine Informationen

Träume brauchen Sicherheit.



**Aachen
Münchener**

Versicherungsbedingungen und Informationen für den Versicherungsnehmer

	Seite
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN als betriebliche Altersversorgung	5
Besondere Bedingungen für Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN als betriebliche Altersversorgung mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan	20
Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	22
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Heilberufe – Infektionsklausel Heilberufe	29
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Zeit- und Berufssoldaten der Bundeswehr – Dienstunfähigkeitsklausel für Soldaten	31
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Flugbegleiter(innen) – Flugbegleiterklausel	33
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Piloten, Flugingenieure, Bordfunker, Bordwarte oder Flugnavigatoren (Luftfahrer) – Fluguntauglichkeitsklausel	35
Informationen für den Versicherungsnehmer zu Rentenversicherungen als betriebliche Altersversorgung	37
Übersicht der sonstigen Kosten	44
Arbeitgeberinformationen Direktversicherung	45
Information für Arbeitnehmer zur betrieblichen Altersversorgung über eine Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG – Beitragsorientierte Leistungszusage –	49
Datenschutzhinweise	51
Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)	53
Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung Liste der Dienstleister	62

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 Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN als betriebliche Altersversorgung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Arbeitgeber, der eine betriebliche Altersversorgung zugunsten seines Arbeitnehmers zusagen möchte, sind Sie Versicherungsnehmer und somit unser Vertragspartner des vorliegenden Versicherungsvertrags. In den nachfolgenden Bedingungen, die für unser Vertragsverhältnis gelten, sprechen wir daher Sie unmittelbar an. Ihr Arbeitnehmer ist die versicherte Person. Erst wenn er aus dem Arbeitsverhältnis mit Ihnen ausscheidet, kann die Möglichkeit bestehen, dass der versicherte Arbeitnehmer den Vertrag als Versicherungsnehmer weiterführt. Dann wird er unser Vertragspartner, und in den Versicherungsbedingungen sprechen wir ihn an.

Inhaltsverzeichnis

Leistung

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Können Sie den Rentenbeginn vorverlegen (Verfügungsphase)?	§ 3
Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Dauer bis zum Rentenbeginn verlängern?	§ 4
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 5
Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 6
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 7
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 8
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 9
Wer erhält die Leistung?	§ 10
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 11
Zu welchen Anlässen können Sie die Versicherungsleistungen Ihrer Rentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung anpassen?	§ 12

Beitrag

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§ 13
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 14
Können Sie die Versicherungsleistungen durch Sonderzahlungen oder eine Aufstockung des laufenden Beitrags erhöhen?	§ 15

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Vertrag ruhen lassen, und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?	§ 16
Wann können Sie Ihren Vertrag ganz oder teilweise kündigen, und welche Leistungen erbringen wir?	§ 17
Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	§ 18

Sonstige Vertragsbestimmungen

Sie wünschen ein Policendarlehen?	§ 19
Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihrer Firma?	§ 20
Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	§ 21
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 22
Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?	§ 23
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 24
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 25

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Bei Versicherungen nach Tarif 1KRBN handelt es sich um eine

Rentenversicherung mit aufgeschobener lebenslanger Rentenzahlung und Kapitalwahlrecht, mit Kapitalleistung bei Tod vor Beginn der Rentenzahlung und Rentengarantiezeit

Erlebt die versicherte Person den Beginn der Rentenzahlung, zahlen wir die versicherte Rente monatlich bis zum Tod der versicherten Person, mindestens jedoch bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, sofern ein versorgungsberechtigter Hinterbliebener vorhanden ist, an den die weitere Rentenzahlung geleistet wird. Als versorgungsberechtigte Hinterbliebene gelten der Ehepartner, mit dem die versicherte Person bei Tod verheiratet ist, ein früherer Ehepartner, ein in eheähnlicher Gemeinschaft lebender Partner, ein eingetragener Lebenspartner, steuerlich waisenrentenberechtigende Kinder der versicherten Person und diesen gleichgestellte Kinder.

Bei Tod der versicherten Person vor Beginn der Rentenzahlung zahlen wir eine lebenslange Hinterbliebenenrente bzw. eine auf die Berechtigungsdauer begrenzte Waisenrente an einen versorgungsberechtigten Hinterbliebenen. Der für die Bildung dieser Rente zur Verfügung stehende Betrag entspricht der Summe der bis zum Tod gezahlten Beiträge, jedoch ohne Beiträge für eine evtl. eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Anstelle einer Rente zahlen wir auf Antrag den bei Tod verfügbaren Betrag an den versorgungsberechtigten Hinterbliebenen aus.

Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung während der Rentengarantiezeit, zahlen wir die noch ausstehenden garantierten Renten an einen versorgungsberechtigten Hinterbliebenen. Leistungen an steuerlich waisenrentenberechtigende Kinder der versicherten Person und diesen gleichgestellte Kinder werden jedoch längstens bis zum Ablauf der Berechtigungsdauer gezahlt. Ist der versorgungsberechtigte Hinterbliebene kein steuerlich waisenrentenberechtigendes Kind der versicherten Person und kein diesem gleichgestelltes Kind, kann er stattdessen aber auch in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) beantragen, dass wir ihm die mit jährlich 0,9 % (bei Erhöhungsversicherungen gemäß § 15 mit dem ggf. abweichenden Rechnungszins) auf den Auszahlungstermin diskontierten, bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Renten in Form einer lebenslangen Rente auszahlen.

Sofern bei Tod der versicherten Person kein versorgungsberechtigter Hinterbliebener vorhanden ist, ist die gesamte Todesfall-Leistung einschließlich Überschussbeteiligung auf die Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten gemäß § 150 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz beschränkt. Zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns beträgt diese Obergrenze 8.000 €.

Rentenzahlungsweise, Rentengarantiezeit

- (2) 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 vor dem Beginn der Rentenzahlung beantragt werden. Hierdurch ändert sich die Höhe der versicherten Rente: Bei einer Verlängerung der Rentengarantiezeit wird sie reduziert, bei einer Verkürzung der Rentengarantiezeit erhöht sie sich. Die geänderte garantierte Rente für die neue Rentengarantiezeit ermitteln wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation.

Kapitalabfindung

- (3) Anstelle der Rentenzahlungen leisten wir zum Fälligkeitstag der ersten Rente auf Antrag eine einmalige Kapitalabfindung in Höhe des für die Rentenzahlung gebil-

deten Deckungskapitals, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Eine Ausübung des Kapitalwahlrechts (= Antrag auf Kapitalabfindung) ist bis spätestens einen Monat vor dem Beginn der Rentenzahlung möglich. Bei einer vollständigen Kapitalabfindung zum Beginn der Rentenzahlung erlischt die Versicherung. Die Kapitalabfindung im Zusammenhang mit vorgezogenen Renten ist in § 3 Abs. 4 beschrieben.

- (4) Unter Beachtung der in Absatz 3 genannten Fristen und sonstigen Voraussetzungen können Sie auch beantragen, dass zum Beginn der Rentenzahlung nur bis zu 30 % des vorhandenen Deckungskapitals als Kapitalabfindung erbracht und aus dem restlichen Deckungskapital eine Rente gebildet wird.
- (5) Wir sind berechtigt, eine Rente, die unterhalb der entsprechenden Grenze von § 3 Abs. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz – BetrAVG) liegt, abzufinden. Mit der Kapitalabfindung erlischt die Versicherung.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Worauf basiert die Überschussbeteiligung?

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. 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 Vertrags 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

Die Überschüsse stammen zu einem großen Teil aus den Erträgen der Kapitalanlagen. 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 Beträge finanziert, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Den restlichen Teil des Betrags, der den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit zugutekommt, verwenden wir für die Überschussbeteiligung der einzelnen Versicherungen.

(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 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.

- c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz gemäß Handelsgesetzbuch (HGB) auszuweisen wären. Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ermitteln wir monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 8) anteilig rechnerisch zu.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Versicherungsvertrages?

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, den Sie bei uns anfordern können. Sie finden ihn auch auf unserer Internetseite: www.amv.de.

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

Vor Beginn der Rentenzahlung erhalten Sie als Überschussbeteiligung jährliche Überschussanteile. Bei Beginn der Rentenzahlung kann ein Schluss-Überschussanteil hinzukommen (Absatz 7). Die jährlichen Überschussanteile teilen wir zum Ende eines jeden Versicherungsjahres**) zu. Folgt der Beginn der Rentenzahlung nicht unmittelbar auf das Ende eines Versicherungsjahres, erhält Ihre Versicherung zum Beginn der Rentenzahlung einen anteiligen jährlichen Überschussanteil. Bei Versicherungen mit einer Beitragszahlungsdauer unter 20 Jahren erfolgt die erste Zuteilung zum Ende des ersten, ansonsten zum Ende des zweiten Versiche-

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Der Zinssatz für die Berechnung der Deckungsrückstellung beträgt für die gesamte Laufzeit des Vertrags jährlich garantiert 0,9 % (Rechnungszins). Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten Leistungen basiert auf Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004 R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegend 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.

**) 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.

rungsjahres. Versicherungen, die durch Einstellung der Beitragszahlung zum Ende des Versicherungsjahres beitragsfrei werden, erhalten zu diesem Zeitpunkt die für beitragspflichtige Versicherungen geltenden Überschussanteile. Die jährlichen Überschussanteile bestehen aus einem Zins-Überschussanteil, einem Risiko-Überschussanteil und einem Kosten-Überschussanteil. Der Zins-Überschussanteil wird im Verhältnis des maßgebenden Deckungskapitals zum Ende des jeweiligen Vorjahres bemessen. Maßgebend ist das Deckungskapital, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 18 Abs. 2 Satz 3) angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, jedoch höchstens auf die Zeit bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, ergibt. Der Risiko-Überschussanteil bemisst sich nach dem im Todesfall nicht benötigten Kapital. Der Kosten-Überschussanteil wird bei beitragsfreien Versicherungen im Verhältnis zur Beitragssumme^{***}) bemessen, bei beitragspflichtigen Versicherungen nach dem Beitrag für ein Jahr.

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

- a) Solange die Rentenzahlung noch nicht begonnen hat, werden die laufenden Überschussanteile verzinslich angesammelt. Das verzinslich angesammelte Überschussguthaben wird bei Beginn der Rentenzahlung zusammen mit dem evtl. Schluss-Überschussanteil (Absatz 7) und dem ggf. auf Ihren Vertrag entfallenden Anteil an den Bewertungsreserven (Absatz 8) zur Bildung einer festen Rentenerhöhung verwendet. 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 Rentenversicherungen zugrunde legen, eine größere Rentenerhöhung, so gilt für Ihren Vertrag diese größere Rentenerhöhung. Bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Rückkauf oder Tod vor Beginn der Rentenzahlung sowie bei Inanspruchnahme der Kapitalabfindung wird das vorhandene Ansammlungsguthaben ausgezahlt.
- b) Anstelle der verzinslichen Ansammlung Ihrer jährlichen Überschussanteile kann auch vereinbart werden, dass aus den jährlichen Überschussanteilen zusätzliche beitragsfreie Versicherungen (Rentenerhöhungen) entsprechend dem Tarif der Grundversicherung gebildet werden, deren Leistungen zusätzlich zu den garantierten Leistungen fällig werden. 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 Ermittlung der Rentenerhöhung für neu abzuschließende Rentenversicherungen zugrunde legen, eine größere Rentenerhöhung, so gilt für Ihren Vertrag diese größere Rentenerhöhung. Die Rentenerhöhungen sind als beitragsfreie Versicherungen wiederum überschussberechtigt.

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

- a) Nach Beginn der Rentenzahlung erhalten Sie jährliche Zins- und Risiko-Überschussanteile jeweils unmittelbar vor dem Jahrestag des Beginns der Rentenzahlung. Die Überschussanteile werden im Verhältnis des jeweiligen Deckungskapitals zum Zuteilungszeitpunkt bemessen.
- b) Die Überschussanteile werden zum einen Teil zur Bildung eines Rentenzuschlags und zum anderen Teil zur Bildung von jährlichen Rentenerhöhungen oder stattdessen – sofern vereinbart – zur Bildung von alleinigen jährlichen Rentenerhöhungen verwendet. Ein Wechsel zwi-

schen den vorgenannten Überschussverwendungsarten kann bis zu einem Monat vor dem Beginn der Rentenzahlung beantragt werden. Der evtl. Rentenzuschlag setzt mit Beginn der Rentenzahlung ein. Die zukünftigen – aber noch nicht zugeteilten – Überschussanteile werden dabei unter der Annahme, dass die maßgebenden Überschussanteilsätze 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 Überschussanteilsätze und Annahmen über die künftige Lebenserwartung nicht ändern. Bei einer späteren Reduzierung der Überschussanteilsätze 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 entsprechen dem zugrunde liegenden Tarif und beginnen jeweils bei Zuteilung der Überschussanteile. Die jeweiligen Rentenerhöhungen bleiben in ihrer Höhe unverändert. Neu hinzu kommende Rentenerhöhungen führen somit grundsätzlich zu einer jährlich steigenden Gesamtrente. Ist eine Rentengarantiezeit vorgesehen, stimmt die Rentengarantiezeit des Rentenzuschlags und der Rentenerhöhungen mit der verbleibenden Rentengarantiezeit 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 Rentenversicherungen ansetzen.

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

Bei Beginn der Rentenzahlung kann zu den Leistungen aus der jährlichen Überschussbeteiligung ein Schluss-Überschussanteil hinzukommen. Dieser Schluss-Überschussanteil hängt von der Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung ab und bemisst sich nach der vertraglich garantierten Kapitalabfindung, erhöht um das dann erreichte Ansammlungsguthaben bzw. das Deckungskapital der Rentenerhöhungen aus der jährlichen Überschussbeteiligung. Der Schluss-Überschussanteil wird zur Bildung einer festen Rentenerhöhung verwendet (Absatz 5) oder – im Falle der Kapitalabfindung – ausgezahlt. Bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung vor Beginn der Rentenzahlung durch Tod der versicherten Person, Rückkauf oder durch gemäß § 3 vorverlegtem Beginn der Rentenzahlung kann zu den Leistungen aus der jährlichen Überschussbeteiligung ein von der zurückgelegten Vertragsdauer abhängiger Schluss-Überschussanteil hinzukommen. Dieser bemisst sich nach dem dann erreichten Deckungskapital des Vertrags, erhöht um das erreichte Ansammlungsguthaben bzw. das Deckungskapital der Rentenerhöhungen aus der Überschussbeteiligung. Der so ermittelte Betrag wird – sofern die reguläre Verfügungsphase noch nicht erreicht ist – mit 7 % p. a. für die verbleibenden Jahre bis zum regulären Beginn der Verfügungsphase diskontiert.

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

Bei Beginn der Rentenzahlung oder ihrer Kapitalabfindung, bei vorherigem Tod der versicherten Person sowie bei einer Kündigung mit vollständiger Auszahlung des Auszahlungsbetrags (§ 17 Abs. 2) bzw. im Falle einer Kündigung des Vertrags zur Übertragung des gebildeten Kapitals auf einen Vertrag des neuen Arbeitgebers 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 zur Bildung einer festen Rentenerhöhung verwendet (Absatz 5b). Voraussetzung ist ferner, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende

^{***}) Die Beitragssumme ist hier die Summe der bis zur Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge für die Hauptversicherung (ohne Beiträge für eine evtl. eingeschlossene Zusatzversicherung).

Srichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Während des 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 Abs. 5 b). 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 6) vor Beginn der Rentenzahlung 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. Ein wichtiger Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie und den versicherten Arbeitnehmer jährlich unterrichten. Sie sind verpflichtet, eine entsprechende von uns erstellte und für den Arbeitnehmer bestimmte Information diesem – solange er sich in einem Arbeitsverhältnis mit Ihnen befindet – zukommen zu lassen, sofern wir sie ihm nicht direkt zustellen.

§ 3 Können Sie den Rentenbeginn vorverlegen (Verfügungsphase)?

- (1) Sie können verlangen, dass der Zahlungsbeginn der Rente unter Herabsetzung der versicherten Rente auf einen Monatsersten innerhalb der sogenannten Verfügungsphase Ihrer Versicherung vorverlegt wird. Die Verfügungsphase beginnt grundsätzlich an dem Monatsersten, an dem bzw. nach dem die versicherte Person das 61. Lebensjahr vollendet hat. Bei Verträgen, die auf vor 2012 erteilten Versorgungszusagen beruhen, tritt an die Stelle des 61. Lebensjahres das 59. Lebensjahr. Die Verfügungsphase beginnt jedoch bereits vorher zu dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person Versorgungsleistungen erhält, die bei besonderen Berufsgruppen laut Gesetz, Tarifvertrag oder Betriebsvereinbarung üblich sind. Die Verfügungsphase beginnt jedoch frühestens nach Ablauf von einem Jahr seit Versicherungsbeginn.
- (2) Basis für die Ermittlung der vorverlegten Rente sind die Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation sowie das erreichte Alter der versicherten Person und das zum vorverlegten Rentenbeginntermin vorhandene Deckungskapital. Dieses kann wahlweise insgesamt oder nur teilweise verrentet werden (Absatz 4). Wird das Deckungskapital nur teilweise verrentet, wird aus dem übrig bleibenden Teil später, spätestens jedoch zum ursprünglich vereinbarten spätesten Beginn der Rentenzahlung, eine weitere Rente gebildet. Sowohl die vorverlegte Rente als auch die verbleibende Rente müssen den Mindestbetrag von 3 € erreichen. Beträgt die vorverlegte oder verbleibende Rente monatlich weniger als 50 €, fassen wir drei Monatsrenten zu einer Auszahlung zusammen.
- (3) Bei einer Vorverlegung des Beginns der Rentenzahlung gemäß Absatz 1 wird gleichzeitig die weitere Beitragszahlung eingestellt, sofern die Versicherung zu dem Zeitpunkt noch beitragspflichtig ist. Ferner erlischt eine etwa eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Ansprüche aus einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Vorverlegung

des Rentenbeginns eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, bleiben hiervon unberührt.

- (4) Anstelle einer Rentenzahlung können Sie zum vorverlegten Beginn der Rentenzahlung eine einmalige Kapitalabfindung beantragen. Die Ausübung des Kapitalwahlrechts ist mit Frist von einem Monat für einen Zeitpunkt der Verfügungsphase möglich. In diesem Fall wird das zum vorverlegten Rentenbeginn vorhandene Deckungskapital ausgezahlt. Mit der Kapitalabfindung endet der Versicherungsvertrag. Darüber hinaus ist bei einer Vorverlegung des Rentenbeginns auch eine Teilkapitalabfindung von bis zu 30 % des vorhandenen Deckungskapitals im Sinne von § 1 Abs. 4 möglich. Nehmen Sie jedoch zum vorverlegten Beginn der Rentenzahlung die Rente gemäß Absatz 2 nur teilweise in Anspruch, ist später die Kapitalabfindung der weiteren Rente nicht mehr möglich.
- (5) Eine laufende (Teil-)Rente kann nicht abgefunden werden.

§ 4 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Dauer bis zum Rentenbeginn verlängern?

- (1) Sie können spätestens einen Monat vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung verlangen, dass die Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung einmalig, längstens jedoch bis zum Beginn des Monats, in dem die versicherte Person ihr 70. Lebensjahr vollendet, verlängert wird (Verlängerungsphase), sofern der vereinbarte Beginn der Auszahlungsphase vor diesem Zeitpunkt liegt und die versicherte Person den ursprünglich vereinbarten Rentenbeginn erlebt. Hierbei verlängert sich die Beitragszahlungsdauer entsprechend. Eine eventuell eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt jedoch auf jeden Fall spätestens zum ursprünglich vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Bei einer Verlängerung der Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung berechnen wir die versicherten Leistungen auf Basis des zum ursprünglich vereinbarten Beginn der Rentenzahlung gebildeten Deckungskapitals Ihrer Versicherung sowie der weiteren Beitragszahlung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Hierbei werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung sowie den gleichen Rechnungszins wie bei Vertragsabschluss zugrunde legen. Das vorhandene Überschussguthaben wird weiterentwickelt. Stirbt die versicherte Person während der Verlängerungsphase, wird eine garantierte Todesfall-Leistung gemäß § 1 Abs. 1 fällig.
- (3) Innerhalb der Verlängerungsphase können Sie den Zahlungsbeginn der Rente jeweils frühestens zum nächsten Monatsersten beantragen. Die erste Rente wird spätestens am Ende der Verlängerungsphase fällig, sofern die versicherte Person diesen Termin erlebt. Mit Beginn der Rentenzahlung endet die Beitragszahlung.
- (4) Auch während der Verlängerungsphase haben Sie das Recht, Ihre Versicherung entsprechend § 16 ruhen zu lassen.

§ 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 § 13 Abs. 2 und § 14).

§ 6 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 die für den Todesfall vereinbarte Leistung auf diejenige, die wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufswert ohne Berücksichtigung des Abzugs (§ 17 Absätze 3 und 5) erbringen können. 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. 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 vermindern sich unsere Leistungen auf die in Absatz 2 Satz 2 genannten Leistungen: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

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

§ 7 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person erbringen wir die für den Todesfall vereinbarte Leistung, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht vor dem Beginn der Rentenzahlung kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert Ihres Vertrags ohne Berücksichtigung des Abzugs (§ 17 Absätze 3 und 5), jedoch nicht mehr als den bei Tod verfügbaren Betrag (§ 1 Abs. 1). 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 des Vertrages erweitert wird oder der Vertrag wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

§ 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 voll-

ständig 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) Neben Ihnen ist auch die versicherte Person für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
- (3) Wenn die versicherte Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn die versicherte 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 § 17 Absätze 3 bis 5; die Regelung des § 17 Abs. 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 § 16 in einen beitragsfreien Vertrag.

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 gefährlichen 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 § 13 Abs. 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 (z. B. Papierform oder E-Mail) 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 der Versicherung

- (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.

§ 9 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 § 21 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 (u. a. ärztliche Zeugnisse oder Krankenkassenauskünfte). 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.

§ 10 Wer erhält die Leistung?

- (1) Die versicherte Person ist grundsätzlich auf alle Versicherungsleistungen sowohl für den Erlebens- als auch für den Todesfall unwiderruflich bezugsberechtigt. Soweit die Leistungen allerdings auf arbeitgeberfinanzierten Beiträgen beruhen, können Sie verfügen, dass die versicherte Person erst mit Erreichen der gesetzlichen Unverfallbarkeit einen Rechtsanspruch auf diesen Teil der Versicherungsleistungen erhält. Ggf. können Sie das Bezugsrecht der versicherten Person auf die arbeitgeberfinanzierten Leistungen vor Erreichen der gesetzlichen Unverfallbarkeit widerrufen, jedoch nur dann, wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalles endet.
- (2) Bei Tod der versicherten Person erbringen wir eine eventuelle Todesfall-Leistung an den bzw. die versorgungsberechtigten Hinterbliebenen. Existiert keine dieser Personen, so zahlen wir eine eventuelle Sterbegeldleistung bis maximal zur Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten (§ 1 Abs. 1) an eine von Ihnen vorher in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) benannte Person. Liegt uns eine derartige Erklärung nicht vor, kann

diese Sterbegeldleistung an nicht steuerlich waisenrentenberechtigten Kinder des versicherten Arbeitnehmers oder diesen nicht gleichgestellte Kinder, an dessen Eltern oder diejenige Person erbracht werden, welche die Kosten der Bestattung getragen hat und uns dies geeignet nachweist.

§ 11 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.

§ 12 Zu welchen Anlässen können Sie die Versicherungsleistungen Ihrer Rentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung anpassen?

Anpassungsgarantie

- (1) Sofern nach Vertragsabschluss eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse vor Beginn der Rentenzahlung für die versicherte Person eintritt, haben Sie innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt des Ereignisses, allerdings nur vor dem Rentenbeginn, das Recht, die bei Vertragsabschluss vereinbarten Versicherungsleistungen ohne (erneute) Gesundheitsprüfung gegen entsprechende Beitragszahlung zu erhöhen:
 - Erreichen der Volljährigkeit
 - Abschluss der Berufsausbildung (einschließlich abgelegtem Hochschulexamen oder abgelegter Meisterprüfung)
 - Gehaltssteigerung um mindestens 10 % gegenüber dem Vorjahr
 - Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft
 - Ehescheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft
 - Tod des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners
 - Geburt eines Kindes
 - Adoption eines Kindes
 - Baubeginn oder Kauf einer Wohnimmobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner

Gleichzeitig eintretende Ereignisse zählen jeweils separat. Das Vorliegen der Voraussetzungen müssen Sie uns durch einen geeigneten Nachweis belegen.

Falls vor Vertragsabschluss keine Gesundheitsprüfung für die versicherte Person durchgeführt wurde, haben Sie dieses Anpassungsrecht erstmals für ein Ereignis, das nach Ablauf einer Wartefrist von fünf Jahren nach dem Versicherungsbeginn eintritt.

Dieses Recht steht sinngemäß auch der versicherten Person zu, falls sie vor Beginn der Rentenzahlung aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet und die Versicherung als neuer Versicherungsnehmer fortführt. In diesem Fall besteht die Anpassungsgarantie auch dann, wenn eines der folgenden Ereignisse für die versicherte Person eintritt:

- Aufnahme einer selbstständigen hauptberuflichen Tätigkeit
- Reduzierung oder Wegfall einer betrieblichen Altersversorgung zu Gunsten der versicherten Person

Keine Anpassungsgarantie

- (2) Die Anpassungsgarantie besteht nicht bzw. erlischt, wenn
 - die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat oder
 - eine Versicherung gegen laufende Beitragszahlung vor dem vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer beitragsfrei gestellt wird oder
 - aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit, Invalidität, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person beantragt oder erbracht werden bzw. wurden.

Voraussetzung für eine Leistungsanpassung ist ferner, dass wir den betreffenden Tarif zum Zeitpunkt der Anpassung für neu abzuschließende Verträge anbieten.

Gegenstand und Umfang der Leistungsanpassung

- (3) Die Leistungsanpassung erfolgt – soweit tariflich und aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihrer bestehenden Versicherung, ansonsten oder auf Ihren Wunsch durch Abschluss einer zusätzlichen Versicherung im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten. Im letzteren Falle handelt es sich um eine neue Versicherung mit eigenen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs. Die neue Versicherung wird für dieselbe versicherte Person wie bei der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen, wobei die Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung bzw. Versicherungsdauer sowie die Beitragszahlungsdauer der neuen Versicherung spätestens zu den entsprechenden Terminen wie bei der ursprünglichen Versicherung enden. Für die Leistungsanpassung gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss der ursprünglichen Versicherung. Die Regelungen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Versicherungsbedingungen der ursprünglichen Versicherung (§ 8) finden auch auf die neue Versicherung Anwendung. Solange wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom ursprünglichen Vertrag zurücktreten, diesen kündigen, anpassen oder den ursprünglichen Vertrag wegen Anfechtung aufheben können, haben wir diese Rechte auch für die Leistungsanpassung.

Erhöhung des Berufsunfähigkeitsschutzes

- (4) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV) zur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingeschlossen, kann eine solche BUZV auch in die Leistungsanpassung einbezogen werden. Darüber hinaus kann zusätzlich zu der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit, sofern kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist, bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie unabhängig davon alle fünf Jahre ab Versicherungsbeginn zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel eine Berufsunfähigkeitsrente (mit)versichert bzw. eine bestehende Berufsunfähigkeitsrente – auch für sich alleine – erhöht werden. Die Erhöhung der jährlichen Versicherungsleistung für den Fall der Berufsunfähigkeit darf dabei maximal 3.600 €, innerhalb von fünf Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 € betragen. Hierbei werden die hinzukommenden Versicherungsleistungen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit berücksichtigt. Bei den vorgenannten Höchstsummen werden als Versicherungsleistung angerechnet
 - die jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente oder Grundfähigkeitsrente einschließlich einer evtl. Bonusrente und eines evtl. Kundenbonus aus der Überschussbeteiligung sowie
 - und zusätzlich der auf kapitalbildende Versicherungen entfallende Beitrag für ein Jahr, sofern hierfür

die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit oder bei Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person versichert ist.

- (5) Das Recht auf Erhöhung der Leistungen aus der BUZV besteht nicht bzw. erlischt, wenn die versicherte Person berufsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist. Das Recht zur Einbeziehung einer Berufsunfähigkeitsrente besteht ferner auch dann nicht bzw. erlischt, wenn die jährliche Berufsunfähigkeitsrente (einschließlich einer evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung) aus allen für die versicherte Person bestehenden und gleichzeitig beantragten Versicherungen bei unserer Gesellschaft mehr als 24.000 € beträgt. Erwerbsunfähigkeits- sowie Grundfähigkeitsrenten aus anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft werden ebenfalls angerechnet. Bei mehreren gleichzeitig beantragten Erhöhungen sind Leistungserhöhungen nur solange möglich, bis die Grenze von 24.000 € durch eine Erhöhung erstmals überschritten wird. Weitere gleichzeitig beantragte und künftige Erhöhungen sind dann nicht mehr möglich.

Versicherung einer zusätzlichen Todesfall-Leistung durch die versicherte Person

- (6) Die versicherte Person hat bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie unabhängig davon alle fünf Jahre ab Versicherungsbeginn zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel – vorbehaltlich von Absatz 2 – das Recht, ohne Gesundheitsprüfung eine weitere, private Versicherung mit einer Todesfall-Leistung bis zur Höhe von 25.000 € abzuschließen. Die anfänglich versicherte Todesfallsumme sämtlicher nicht planmäßiger Erhöhungsversicherungen (einschließlich solcher zu anderen Tarifen), die innerhalb von fünf Jahren bei unserer Gesellschaft für dieselbe versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden, ist auf 75.000 € begrenzt. Bei den vorgenannten Höchstsummen werden ein evtl. Todesfallbonus aus der Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen sowie evtl. Hinterbliebenenrenten angerechnet. 25.000 € Todesfallschutz entsprechen hierbei einer jährlichen Hinterbliebenenrente von 1.000 €. Bei den Höchstsummen ebenfalls angerechnet werden Versicherungssummen von Schwere-Krankheiten-(Zusatz-)Versicherungen, die für dieselbe versicherte Person bei unserer Gesellschaft abgeschlossen werden bzw. wurden.

§ 13 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 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 jedoch 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 (siehe Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

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

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

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 – ggf. einschließlich Stundungszinsen – nicht nachgezahlt, können wir sie stattdessen durch eine Vertragsänderung ausgleichen. Die Vertragsänderung hat zur Folge, dass sich der Beginn der Rentenzahlung verschiebt oder die Versicherungsleistung herabgesetzt wird. Bei Fälligkeit einer Leistung während des Stundungszeitraums werden die gestundeten Beiträge verrechnet.

(7) Beitragsstundung bei Arbeitslosigkeit, Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst

Sie haben das Recht, Ihre Beitragszahlung für 18 Monate ohne Unterbrechung auszusetzen (Beitragsstundung), sofern der versicherte Arbeitnehmer einen Bundesfreiwilligendienst (laut Bescheinigung des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Angelegenheiten) oder einen Jugendfreiwilligendienst (freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr) ausübt (laut Bescheinigung des zugelassenen Trägers).

Scheidet der versicherte Arbeitnehmer vor Ablauf der Beitragszahlung aus dem Arbeitsverhältnis aus und führt er die Versicherung als neuer Versicherungsnehmer fort, hat er das Recht, die Beitragszahlung zur Hauptversicherung für 18 Monate ohne Unterbrechung auszusetzen (Beitragsstundung), sofern er bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet ist bzw. durch eine Umschulung oder Arbeitsbeschaffungsmaßnahme der Bundesagentur gefördert wird (laut Bescheinigung der zuständigen Arbeitsagentur).

(8) Beitragsstundung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit

Sie haben das Recht, Ihre Beitragszahlung für 36 Monate ohne Unterbrechung auszusetzen (Beitragsstundung), sofern der versorgungsberechtigte Arbeitnehmer sich im Mutterschutz befindet oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nimmt (gemäß Vorlage der Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer).

(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 bereits Beiträge zu dieser Versicherung für mindestens ein Jahr gezahlt worden sind und
- keine anderweitige Beitragsstundung vereinbart ist und
- kein Policendarlehen auf Versicherungsleistungen besteht.

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

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

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

Falls der neue Versicherungsnehmer die Beitragsstundung bei Arbeitslosigkeit länger als neun Monate in Anspruch nehmen möchte, ist uns von ihm eine erneute Bescheinigung der zuständigen Agentur vorzulegen. Das Recht auf Beitragsstundung bei Arbeitslosigkeit kann auch mehrmals bis zu einer Gesamtdauer von 27 Monaten ausgeübt werden. Sofern bereits Beiträge aufgrund dieses Rechts oder einer anderen Vertragsänderung ausgeglichen wurden, sind jedoch vor einer nochmaligen Beitragsstundung Beiträge für mindestens sechs Monate zu zahlen.

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

Bei Fälligkeit einer Leistung während des Stundungszeitraums werden die gestundeten Beiträge verrechnet. Bei Ablauf der Stundung werden die gestundeten Beiträge fällig. Wenn nicht die Nachzahlung der gestundeten Beiträge vereinbart ist, werden wir die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung ausgleichen. Die Vertragsänderung hat zur Folge, dass sich der Beginn der Rentenzahlung verschiebt oder die Versicherungsleistung herabgesetzt wird.

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

§ 14 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 (z. B. Papierform oder E-Mail) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen. Zusätzlich informieren wir den versorgungsberechtigten Arbeitnehmer in Textform und setzen diesem eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Monaten. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz, sofern keine anderweitige Vereinbarung mit uns getroffen wird. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung sowie den versorgungsberechtigten Arbeitnehmer in der Information ausdrücklich hinweisen. Bei einer evtl. Wiederherstellung der Versicherung können wir die rückständigen Beiträge durch eine Vertragsänderung ausgleichen. Dies hat zur Folge, dass sich der Beginn der Rentenzahlung verschiebt oder die Versicherungsleistung herabgesetzt wird.
- (4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der letztgenannten 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 in der Mahnung sowie den versorgungsberechtigten Arbeitnehmer in der Information bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
- (5) Nach Ablauf der letztgenannten 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 in der Mahnung sowie den versorgungsberechtigten Arbeitnehmer in der Information 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.

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

- (1) Sie haben das Recht, Ihre vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen der Hauptversicherung durch eine oder mehrere Sonderzahlungen in Höhe von jeweils mindestens 2,50 € 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, insbesondere steuerlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihres bestehenden Vertrags. In diesem Fall bilden wir aus einer Sonderzahlung eine Erhöhungsversicherung nach dem bestehenden Tarif (ohne eventuelle Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung), deren Beginn der Rentenzahlung mit der restlichen Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung der Grundversicherung übereinstimmt. Ferner be-

steht für die Erhöhungsversicherung die gleiche Verfügungsphase wie bei der Grundversicherung (siehe § 3). Die Leistungen aus der Erhöhungsversicherung ergeben sich aus dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person sowie der restlichen Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung. Bei der Berechnung der zusätzlichen Rentenleistungen werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung und zum Rechnungszins zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden Rentenversicherungen ansetzen. Mit der Erhöhungsversicherung sind entsprechende Kosten verbunden, wie sie § 18 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 etwaigen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – vorbehaltlich einer erneuten Risikoprüfung – 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 grundsätzlich – soweit tariflich und aufgrund der gesetzlichen, insbesondere steuerlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihres bestehenden Vertrags. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie der Beitrag. Der zusätzliche Beitrag wird für eine Erhöhungsversicherung verwendet, bei der die Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung sowie die Beitragszahlungsdauer mit den jeweils restlichen Dauern der Grundversicherung übereinstimmen. Für die Erhöhungsversicherung besteht die gleiche Verfügungsphase wie bei der Grundversicherung (siehe § 3). Bei der Aufstockung handelt es sich um eine gleichartige Erhöhungsversicherung wie die bereits bestehende Versicherung. Die Leistungen aus der Erhöhungsversicherung ergeben sich aus dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person sowie der restlichen Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung. Bei der Berechnung der zusätzlichen Rentenleistungen werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung und zum Rechnungszins zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden Rentenversicherungen ansetzen. Mit Ausnahme der vorgenannten Abweichung zum Rechnungszins sind für die Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen § 3 und § 4 Abs. 1 der „Besonderen Bedingungen für Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan“ (DYNB 1KRBN BAV) maßgebend. Mit der Erhöhungsversicherung sind entsprechende Kosten verbunden, wie sie § 18 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 1KRBN BAV) nicht berücksichtigt. Die aus dem Aufstockungsbeitrag resultierenden Renten aus einer eventuell eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden aber bei dem Vorbehalt für die Angemessenheitsprüfung bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gemäß § 2 Abs. 4 DYNB 1KRBN BAV einbezogen.

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

§ 16 Wann können Sie Ihren Vertrag ruhen lassen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

(1) Beitragsfreistellung

Sie können jederzeit vor Rentenbeginn in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) verlangen, dass wir Ihre Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ruhen lassen (Beitragsfreistellung). In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Rente 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 Rückkaufswertes nach § 17 Abs. 3.

Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge.

Sie können auch eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen, wenn – nach der Herabsetzung – der Beitrag den Mindestbeitrag von 5 € pro Versicherungsperiode erreicht.

(2) Höhe der Todesfall-Leistung nach Beitragsfreistellung

Nach Beitragsfreistellung beläuft sich der zur Bildung der Todesfall-Leistung verfügbare Betrag gemäß § 1 Abs. 1 auf die bis zum Beitragsfreistellungstermin gezahlten Beiträge (ohne Beiträge für eine evtl. eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung).

(3) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag ruhen lassen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 18) nur der Mindestwert gemäß § 17 Abs. 3 Satz 2 zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente können Sie der Tabelle der garantierten beitragsfreien Renten in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(4) Wiederaufnahme der Beitragszahlung

Sie können innerhalb von 24 Monaten – bei einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeitsrente innerhalb von sechs Monaten, jedoch bei vorheriger Beitragsstundung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit innerhalb von zwölf Monaten – nach Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) 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. Voraussetzung für die Wiederinkraftsetzung ist, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Für eine evtl. eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bedeutet das, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt nicht berufsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist. Die beitragsfreie Zeit kann mit Ihrer Zustimmung durch eine Vertragsänderung oder stattdessen durch Nachzahlung der Beiträge ausgeglichen werden.

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

(1) Kündigung

Ihren Vertrag können Sie jederzeit in Textform ((z. B. Papierform oder E-Mail)) kündigen, soweit eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die Ansprüche aus dem Vertrag sind noch nicht gesetzlich unverfallbar oder liegen, falls gesetzlich unverfallbar, unterhalb der Grenzen des § 3 BetrAVG, und Sie haben als Arbeitgeber nicht von der versicherungsvertraglichen Regelung gemäß § 2 Abs. 2 BetrAVG Gebrauch gemacht.
- Die Ansprüche beruhen auf eigenen Beiträgen der versicherten Person nach ihrem Ausscheiden aus dem Unternehmen.

Dieses Recht können Sie

- bei beitragspflichtigen Versicherungen jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode und
 - bei beitragsfreien Versicherungen zum Schluss eines jeden Monats
- ausüben.

Im Übrigen wird Ihr Vertrag bei Kündigung als beitragsfreie Versicherung gemäß § 16 weitergeführt.

Nach Beginn der Rentenzahlung können Sie nicht mehr kündigen.

Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Rente mindestens 3 € pro Rentenzahlung beträgt (beitragspflichtige Mindestrente). Darüber hinaus darf der verbleibende Beitrag pro Versicherungsperiode nicht unter 5 € (Mindestbeitrag) fallen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(2) Zahlungsbetrag

Unter den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen zahlen wir nach Kündigung den

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

Beitragsrückstände werden von dem Zahlungsbetrag abgezogen.

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den gemäß Absatz 1 maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungskapital des Vertrages. Der Rückkaufswert entspricht mindestens jedoch dem Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, jedoch höchstens auf die Zeit bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, ergibt (§ 169 VVG). In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 18 Absatz 2 Satz 4).

Für die Ermittlung des Zahlungsbetrages nach Absatz 2 legen wir jedoch höchstens die bei Tod fällig werdende Leistung aus der Hauptversicherung zugrunde, bei einer teilweisen Kündigung höchstens den anteiligen Betrag. Ist dieser bei Tod fällige Betrag geringer als das Deckungskapital minus Abzug, wird aus dem Differenzbetrag eine beitragsfreie Anwartschaft auf eine Rente (ohne Todesfall-Leistung, ohne Rentengarantiezeit) gebildet.

(4) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt 60 €. 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 Rückkaufswerts im Ausnahmefall

Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG bei einer Kündigung zur Auszahlung des Rückkaufswertes berechtigt, den nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 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.

(6) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Zahlungsbetrags 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 bis 5 berechneten Betrag enthalten sind,
- einem Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 2 Abs. 7 für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist,
- 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 Ihres Vertrags ist wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 18) nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 Satz 2 vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der gezahlten Beiträge für die Hauptversicherung. Nähere Informationen zum Rückkaufswert und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie der Tabelle der garantierten Rückkaufswerte in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(8) Kündigung des Vertrags im Falle eines Arbeitgeberwechsels der versicherten Person zur Übertragung des gebildeten Kapitals auf einen Vertrag des neuen Arbeitgebers

Im Falle eines Arbeitgeberwechsels der versicherten Person kann unter den Voraussetzungen von § 4 Abs. 2 und 3 BetrAVG das gebildete Kapital der Versicherung auf einen Vertrag des neuen Arbeitgebers übertragen werden (Portabilität). Abweichend von Absatz 2 mindert sich dieser Betrag nicht um den bei Kündigung vorgesehenen Abzug (siehe Absatz 4).

(9) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 18 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, 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 Mindestwerte für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Rente vorhanden sind (siehe §§ 16 und 17). Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der gezahlten Beiträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und beitragsfreien Rentenleistungen können Sie den jeweiligen Tabellen in der Anlage zum Antrag entnehmen.

§ 19 Sie wünschen ein Policendarlehen?

Vor Beginn der Rentenzahlung können Sie von uns – soweit gesetzlich zulässig – ein von Ihnen 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.

§ 20 Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihrer Firma?

- (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 einer Umfirmierung 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 Nachfrage

unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

- (2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer 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 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, soweit zulässig
 - Anschriftermittlung
 - Ausstellung eines Ersatz-Versicherungsscheins
 - Versicherungsnehmerwechsel
 - Wiederinkraftsetzung.

§ 9 Abs. 5 bleibt 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.

§ 23 Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?

- (1) Ihr Versicherungsvertrag unterliegt der Besteuerung und der Abgabenordnung des Staates, in dem Sie Ihren Firmensitz haben. Wir sind berechtigt, Ihnen als Schuldner

etwa anfallende Steuern und Abgaben in vollem Umfang zu belasten.

- (2) Absatz 1 bezieht sich sinngemäß auch auf den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt der versicherten Person, wenn sie vor Beginn der Rentenzahlung aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet und die Versicherung als neuer Versicherungsnehmer fortführt. In diesem Fall gilt die Regelung aus Absatz 1 insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in einen anderen Staat umzieht.

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 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 fest zugesagt wird. Daneben übernehmen wir – je nach Vereinbarung – weitere Risiken, zum Beispiel im Rahmen einer evtl. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. 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 teuer 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 (ausgenommen Kündigung des Vertrags im Falle eines Arbeitgeberwechsels der versicherten Person zur Übertragung des gebildeten Kapitals auf einen Vertrag des neuen Arbeitgebers, § 17 Abs. 8). 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 Deckungskapital 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 eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung neben dem Fall der Kündigung grundsätzlich auch bei Beitragsfreistellung.

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 Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN als betriebliche Altersversorgung mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN als betriebliche Altersversorgung mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN als betriebliche Altersversorgung (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 Berufsunfähigkeit?	§ 6

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

- (1) Der vertraglich vereinbarte Beitrag für diese Versicherung einschließlich einer etwaigen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erhöht sich entsprechend der getroffenen Vereinbarung
 - entweder jeweils in der Höhe des Steigerungssatzes der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (West)
 - oder 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 Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, erstmals nach einem Jahr seit Versicherungsbeginn. Zur Ermittlung der Höhe des Steigerungssatzes der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (West) ist die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu Beginn des Kalenderjahres maßgebend, in dem die Beitragserhöhung des Versicherungsvertrags erfolgt.
- (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 Beginn der Rentenzahlung von mindestens einem vollen Jahr ergibt, wenn die Beitragszahlungsdauer und die Dauer bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung übereinstimmen,
- ein Jahr vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, wenn sie gegenüber der Dauer bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung abgekürzt ist,
- 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 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden ihre Versicherungsleistungen längstens bis zu dem für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöht (siehe § 3 Abs. 2). Wenn die monatliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente aller bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträge den Betrag von 3.000 € erstmals erreicht oder überschritten hat, behalten wir uns vor, weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten werden hierbei addiert.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der 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 Dauer bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung und Beitragszahlungsdauer mit der restlichen Dauer bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung bzw. Beitragszahlungsdauer der Grundversicherung übereinstimmen.
- (2) Ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erstreckt sich der Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung auch auf die Erhöhungsbeiträge. Ist gleichzeitig eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, so erhöht sich diese – vorbehaltlich § 2 Abs. 4 – im gleichen Verhältnis wie die versicherte Rente aus der Hauptversicherung.
- (3) Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen aus der Hauptversicherung werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden 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. Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die garantierten Rückkaufswerte und die garantierten beitragsfreien Renten zu Ihrer Versicherung 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.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN als betriebliche Altersversorgung (AVB) sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhungsversicherungen. Entsprechende Anwendung finden die Bestimmungen der Grundversicherung in den AVB „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ und „Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?“.
- (2) Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzen die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung genannten

Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bzw. Selbsttötung nicht erneut in Lauf.

- (3) Bei einer Erhöhungsversicherung, in der eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit erhöhter Berufsunfähigkeitsrente bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in den ersten fünf Jahren (Startervariante) eingeschlossen ist, ist der Zeitpunkt, zu dem sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente der Erhöhungsversicherung tarifgemäß verringert, identisch mit dem Termin bei der Grundversicherung. Wie bei der Grundversicherung werden wir Ihnen auch zur Erhöhungsversicherung rechtzeitig vorher anbieten, den bestehenden Versicherungsschutz gegen eine Erhöhung des Beitrags aufrechtzuerhalten. Wenn Sie unser Angebot nicht annehmen, erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente zu diesem Termin abweichend von § 3 Abs. 2 nicht im gleichen Verhältnis wie die versicherte Rente aus der Hauptversicherung, sondern entsprechend verringert. Nach diesem Termin werden weitere Erhöhungen nach dem Dynamikplan mit einer jeweils konstanten versicherten Berufsunfähigkeitsrente durchgeführt.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

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

§ 6 Was gilt bei Berufsunfähigkeit?

- (1) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen auch dann Erhöhungen, wenn wir die Beitragszahlung wegen Berufsunfähigkeit übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass aufgrund von § 5 Abs. 3 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist oder Sie den Dynamikplan nachträglich ausgeschlossen haben, sofern die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unverändert fortbesteht. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente wird während einer Berufsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung – aber nicht erhöht.
- (2) Für den Fall, dass wir die Beitragszahlung wegen Berufsunfähigkeit übernehmen, erfolgen die Beitragserhöhungen um 3 % des Beitrags des Vorjahres bzw. – wenn ein höherer Steigerungssatz vereinbart ist – um diesen festen Prozentsatz des Beitrags des Vorjahres. Der Steigerungssatz der Beitragsbemessungsgrenze findet in diesem Fall keine Anwendung.

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Arbeitgeber möchten Sie im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung zugunsten Ihres Arbeitnehmers auch Leistungen für den Fall seiner Berufsunfähigkeit zusagen. Für die zu diesem Zweck zur Hauptversicherung eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die nachfolgenden Bedingungen. Hierin sprechen wir Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner – wie schon in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung – unmittelbar an. Ihr Arbeitnehmer ist die gegen Berufsunfähigkeit versicherte Person. Erst wenn er aus dem Arbeitsverhältnis mit Ihnen ausscheidet, kann die Möglichkeit bestehen, dass der versicherte Arbeitnehmer den Vertrag als Versicherungsnehmer weiterführt. Dann wird er unser Vertragspartner, und in den Versicherungsbedingungen sprechen wir ihn an. Soweit in den Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen AVB für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 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 Berufsunfähigkeit?	§ 9
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	§ 10
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 11
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 12
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 13

§ 1 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 4 a) 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 § 2 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 § 9) bleibt unberührt.

Eine befristete Leistung (siehe § 7 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) 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 auf Grund 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 höchstgerichtlichen 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.

- (6) 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 außer Stande ist, eine Tätigkeit auszuüben, zu der sie auf Grund 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 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.

§ 2 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 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) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punkte-tabelle 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.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung berufsunfähig im Sinne von § 1 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen (Zusatztarif I);
- b) Zahlung der jeweils vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist (Zusatztarif 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.

- (2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs I (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. Ist zum Dynamikplan vereinbart, dass sich der Beitrag in Höhe des Steigerungssatzes der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (West) erhöht, so erfolgen die Beitragserhöhungen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs I um 3 % des Beitrags des Vorjahres bzw. – wenn ein höherer Steigerungssatz vereinbart ist – um diesen festen Prozentsatz des Beitrags des Vorjahres. Der Steigerungssatz der Beitragsbemessungsgrenze findet in diesem Fall keine Anwendung. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente (Zusatztarif R) wird während einer Berufsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen auf Grund der Überschussbeteiligung (siehe § 11) – aber nicht erhöht.

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit (§ 1) 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 § 1 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 7), wenn die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

§ 5 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, 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.

§ 6 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;

- 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 Leistungen 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) 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. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 6 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.

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

- (1) Liegt eine Berufsunfähigkeit 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 und beruflichen Verhältnissen der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 6. In diesem Fall werden wir § 1 Absatz 6 nicht anwenden.
- (3) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden.

§ 9 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 § 7. Dabei können wir bei einer Berufsunfähigkeit nach § 1 Abs. 1, 2, 3 oder 4 insbesondere erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 1 Abs. 5 a) ausübt bzw. – falls § 1 Abs. 6 maßgebend ist – eine Tätigkeit im Sinne von § 1 Abs. 6 ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. 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 Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 6, 8 oder 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsberechtigten 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.

§ 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 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) **Bonusrente**

Falls Berufsunfähigkeit eintritt, leisten wir bei Zusatztarif R eine Bonusrente. 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.

- b) Laufende Überschussanteile vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit anstelle einer Bonusrente

Sofern vereinbart, leisten wir keine Bonusrente bei Eintritt der Berufsunfähigkeit, sondern teilen mit jeder Beitragszahlung laufende Überschussanteile zu. Sie werden im Verhältnis zum Tarifbeitrag bemessen und direkt auf die Beitragszahlung angerechnet. Dadurch haben Sie statt des Tarifbeitrags nur den grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten.

- c) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Zusatztarif I bzw. bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Zusatztarif 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 Zusatztarif I entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bzw. bei Zusatztarif R im Verhältnis der Jahresrente für jedes vor dem vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer beitragsfreie Versicherungsjahr 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 Zusatztarifs I bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Zusatztarifs 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.

§ 12 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) Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise erlischt, spätestens mit dem Beginn der Rentenzahlung der Hauptversicherung, erlischt entsprechend der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für künftige Berufsunfähigkeitsfälle. 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 Rahmenbedingungen und 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

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

der Berufsunfähigkeits-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).

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 (§ 11 Abs. 3c) und
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 11 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 (Absatz 7) 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 und
 - unter Zugrundelegung des um den Abzug nach Absatz 12 verminderten Rückkaufswertes nach Absatz 7.

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 Ver-

sichertenbestandes 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 (Absatz 7) 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.
- (18) Endet die Beitragszahlungsdauer für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vor Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung, verwenden wir – sofern Sie nicht widersprechen – einen Beitrag in dieser Höhe, um die versicherten Leistungen der Hauptversicherung zu erhöhen.

§ 13 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.

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-Zusatzversicherung / 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 Infektionsgefahr 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-Zusatzversicherung / 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.

- 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-Zusatzversicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung 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-Zusatzversicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatz-

versicherung / 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 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 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 Rentenversicherungen als betriebliche Altersversorgung

Beachten Sie bitte: In diesen Informationen für den Versicherungsnehmer sprechen wir den Arbeitgeber an, der eine betriebliche Altersversorgung zugunsten seines Arbeitnehmers zusagen möchte. Somit sind Sie unser Vertragspartner als Versicherungsnehmer der vorliegenden Versicherung. Der Arbeitnehmer ist als Versorgungsanwärter und später als Versorgungsempfänger die versicherte Person des Versicherungsvertrags. Erst wenn der Arbeitnehmer aus dem Arbeitsverhältnis mit dem Arbeitgeber ausscheidet, kann die Möglichkeit bestehen, dass der Arbeitnehmer den Vertrag als Versicherungsnehmer weiterführt. Dann wird er unser Vertragspartner, und wir sprechen ihn an.

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 Gesamtbeitrag zu Ihrer Versicherung, und fallen für Sie zusätzliche Kosten an?	Nr. 6
Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?	Nr. 7
Wann beginnen Ihre Versicherung und Ihr Versicherungsschutz, und wie lange dauert die Frist, während der wir Ihren Antrag annehmen können?	Nr. 8
Können Sie Ihre Vertragserklärung nach dem Vertragsabschluss noch widerrufen?	Nr. 9
Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?	Nr. 10
Können Sie Ihren Versicherungsvertrag vorzeitig beenden oder die Beitragszahlung vorzeitig einstellen?	Nr. 11
Welches Recht ist auf Ihren Versicherungsvertrag anwendbar, und welches Gericht ist für eventuelle Klagen aus dem Vertrag zuständig?	Nr. 12
In welcher Sprache sind die Vertragsbedingungen und Kundeninformationen verfasst, und in welcher Sprache kommunizieren wir mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags?	Nr. 13
An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?	Nr. 14

Besondere Informationen bei Rentenversicherungen als betriebliche Altersversorgung

Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet und welche können zusätzlich entstehen?	Nr. 15
Welche Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe gelten für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung bei Rentenversicherungen?	Nr. 16
Wie hoch sind der Rückkaufswert und eine beitragsfreie Rente im Falle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung, und inwieweit sind diese Leistungen bei Vertragsabschluss garantiert?	Nr. 17
Welche Steuerregelungen gelten allgemein für Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN mit einer eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherung als betriebliche Altersversorgung?	Nr. 18

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 eine Rentenversicherung nach Tarif 1KRBN als Direktversicherung (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. Der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne und nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

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, die wir vorab in ihrer Höhe nicht angeben können, da sie von der zukünftigen Überschussentwicklung unseres Unternehmens abhängen. Wir garantieren auch die Leistungen aus den Überschussanteilen, sobald wir sie Ihrer Versicherung einzelvertraglich zu-

geteilt haben. Falls wir jedoch zu Rentenbeginn einen Rentenzuschlag aus der Überschussbeteiligung bilden, können wir seine Höhe allerdings 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 unverändert bleiben.

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

Im Antrag nennen wir den gesamten tariflichen Beitrag zu Ihrer Versicherung. Dort können Sie gegebenenfalls auch ersehen, wie sich Ihr Gesamtbeitrag aus den einzelnen Teilbeiträgen für die Hauptversicherung und eine evtl. eingeschlossene Zusatzversicherung zusammensetzt. 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 bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der der versicherte Arbeitnehmer stirbt.

Ihr Erstbeitrag 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. Wann beginnen Ihre Versicherung und Ihr Versicherungsschutz, und wie lange dauert die Frist, während der wir Ihren Antrag annehmen können?

Den Beginn der Versicherung sowie den vereinbarten Beginn der Rentenzahlung 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 Erstbeitrag erhalten haben.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat für die Beiträge erteilt haben, gilt Ihr Erstbeitrag 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 Erstbeitrag 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 bzw. der versicherte Arbeitnehmer 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 Erstbeitrag 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 Antragsunter-

zeichnung, jedoch nicht vor dem Tag einer eventuell erforderlichen ärztlichen Untersuchung des zu versichernden Arbeitnehmers.

9. 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.

10. Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?

Ihre Rentenversicherung (Hauptversicherung) läuft grundsätzlich solange, wie der versicherte Arbeitnehmer lebt. Stirbt er nach Rentenbeginn während der vereinbarten Garantiezeit der Rente, erlischt die Hauptversicherung in der Regel mit Ablauf der Rentengarantiezeit. Die Hauptversicherung endet ferner bei einer vollständigen Kapitalabfindung.

Eine eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet mit Ablauf ihrer Versicherungsdauer, falls bis dahin kein Leistungsfall eingetreten ist oder der versicherte Arbeitnehmer vorher stirbt. Bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann auch eine gegenüber der Versicherungsdauer verlängerte Leistungsdauer vereinbart sein. Alle Laufzeiten und Termine zur Hauptversicherung und der eventuell eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung haben wir für Sie im Antrag dokumentiert.

11. Können Sie Ihren Versicherungsvertrag vorzeitig beenden oder die Beitragszahlung vorzeitig einstellen?

Solange unsere Rentenzahlung noch nicht begonnen hat, können Sie Ihren Versicherungsvertrag ganz oder teilweise kündigen. Eine Kündigung führt bedingungsgemäß allerdings nicht unbedingt zur vorzeitigen Beendigung des Vertrags, sondern u. U. zu seiner beitragsfreien Fortsetzung. Die maßgeblichen Termine und Voraussetzungen finden Sie in dem zugehörigen Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anstelle einer Kündigung können Sie zum gleichen Zeitpunkt auch verlangen, Ihre Rentenversicherung ruhen zu lassen, sofern sie noch beitragspflichtig ist. In diesem Fall wandeln wir Ihre Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung um. Dadurch vermindert sich verständlicherweise der Versicherungsschutz.

Einzelheiten zur Kündigung oder Beitragsfreistellung einer evtl. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ergeben sich aus dem zugehörigen Paragraphen der Bedingungen für die Zusatzversicherung. Sie bildet mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen ist, eine Einheit und kann ohne die Hauptversicherung grundsätzlich nicht fortgesetzt werden.

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

Bitte beachten Sie jedoch, dass die Kündigung oder die eventuelle Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung für Sie mit Nachteilen verbunden sein können. Informationen zur Höhe der Rückkaufswerte und der beitragsfreien Leistungen erhalten Sie unter der nachfolgenden Nr. 17.

12. 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.

13. 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.

14. 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/LobundKritik

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 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 bei Rentenversicherungen als betriebliche Altersversorgung

15. 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, das Sie vor Antragsunterzeichnung erhalten.

16. Welche Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe gelten für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung bei Rentenversicherungen?

Charakteristisch für die Rentenversicherung sind die langfristigen Garantien, die wir Ihnen vor allem zu den lebenslangen Rentenzahlungen geben. Diese Garantien erfordern von uns eine vorsichtige Tarifikalkulation. Da wir für das Deckungskapital Ihrer Versicherung eine Mindestverzinsung garantieren, müssen wir ausreichend Vorsorge für Veränderungen der Kapitalmärkte treffen, darüber hinaus aber auch für eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und für Kostensteigerungen. Unsere vorsichtigen Annahmen führen zu Überschüssen, an denen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer beteiligen.

Wie entstehen die Überschüsse?

Überschüsse erzielen wir in der Regel aus dem Kapitalanlage-, dem Risiko- und dem Kostenergebnis. Die Überschüsse sind umso größer, je erfolgreicher unsere Kapitalanlagepolitik ist, je günstiger der Risikoverlauf ist und je sparsamer wir wirtschaften.

• Kapitalanlageergebnis

Ein wesentlicher Teil des Überschusses stammt aus den Erträgen der Kapitalanlagen in unserem sonstigen Vermögen. 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 anle-

gen. Außerdem beachten wir den wichtigen Grundsatz der Mischung und Streuung. Dadurch lassen sich bei gleichem Risiko höhere Renditen erzielen, weil sich Ertragsschwankungen teilweise untereinander ausgleichen.

Auf das Kapitalanlageergebnis wirken sich natürlich auch die Aufwendungen für das Management der Kapitalanlagen, Abschreibungen, Zuschreibungen und die Realisierung von Bewertungsreserven aus. Kapitalanlagen des 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.

• Risikoergebnis

Bei der Tarifikalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch 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 Risikoüberschüsse.

• Kostenergebnis

Ebenso haben wir auch Annahmen über die zukünftige Kostenentwicklung getroffen. Wirtschaften wir sparsamer als kalkuliert, entstehen Kostenüberschüsse.

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 gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammen. Kriterien für die Bildung einer solchen Gruppe sind die Art der Kapitalanlage und das versicherte Risiko. Danach werden z. B. konventionelle, d. h. nicht fondsgebundene Rentenversicherungen, fondsgebundene Rentenversicherungen und Risikoversicherungen jeweils eigenen Gruppen zugeordnet. Darüber hinaus haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt.

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen des in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverbandes innerhalb der dort ebenfalls aufgeführten Bestandsgruppe. Wir teilen Ihrem Vertrag in der Regel jährliche Überschussanteile zu. Darüber hinaus können zu Beginn der Rentenzahlung oder bei einer vorzeitigen Beendigung Ihres Vertrags ein Schlussüberschussanteil sowie eventuell vorhandene Bewertungsreserven hinzukommen. Während der Rentenzahlung kann sich unter den in dem Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen eine Beteiligung an eventuell vorhandenen Bewertungsreserven ergeben.

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.

Wie verwenden wir die laufenden Überschussanteile Ihres Vertrags?

In der Anlage zum Antrag haben wir dargelegt, wie wir die Überschussanteile zu Ihrer (Haupt-) Versicherung vor und nach Rentenbeginn verwenden. Erläuterungen zur Überschussverwendung bei der Hauptversicherung sowie bei eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen können Sie den zugehörigen Paragraphen der einzelnen Bedingungen entnehmen.

Versicherungsmathematische Hinweise:

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tariffkalkulation ermittelt. Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten Leistungen der Hauptversicherung basiert auf Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004 R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegend 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.

17. Wie hoch sind der Rückkaufswert und eine beitragsfreie Rente im Falle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung, und inwieweit sind diese Leistungen bei Vertragsabschluss garantiert?

Unter Nr. 11 haben wir bereits auf die grundsätzlichen Voraussetzungen hingewiesen, unter denen Sie Ihren Vertrag kündigen oder ihn ggf. ruhen lassen (beitragsfrei stellen) können.

Bei einer vollständigen Kündigung erhalten Sie – sofern bedingungsgemäß zulässig – den Rückkaufswert; vor Beginn der Verfügungsphase vermindert um einen Abzug, ggf. erhöht um Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Der Rückkaufswert orientiert sich an dem Deckungskapital Ihrer Versicherung zum maßgebenden Kündigungstermin. Wir zahlen jedoch höchstens das zum Kündigungstermin für die Bildung der Todesfall-Leistung verfügbare Kapital aus. Bei einer Kündigung des Vertrags im Falle eines Arbeitgeberwechsels des versicherten Arbeitnehmers zur Übertragung des gebildeten Kapitals auf einen Vertrag des neuen Arbeitgebers behalten wir den sonst bei Kündigung vorgesehenen Abzug nicht ein. Soweit die Auszahlung eines Rückkaufswertes nicht zulässig ist, führen wir den Vertrag nach einer Kündigung beitragsfrei fort.

Im Falle einer vorzeitigen Beitragsfreistellung setzen wir die versicherten Leistungen der Hauptversicherung und der eingeschlossenen Zusatzversicherungen nach den in den Versicherungsbedingungen beschriebenen Regeln herab.

Der Auszahlungsbetrag bei Kündigung sowie die beitragsfreie Rente erreichen mindestens die bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebeträge. Eine Übersicht dieser Garantiewerte ist in der Anlage zum Antrag abgedruckt.

Werden die Versicherungsleistungen aufgrund des Dynamikplans, durch nicht planmäßige laufende Beitragserhöhungen oder durch Sonderzahlungen erhöht, so erhöhen sich auch die Garantiewerte. Die aktualisierten Werte teilen wir Ihnen jeweils in einem Nachtrag zu Ihrer Versicherung mit.

18. Welche Steuerregelungen gelten allgemein für Rentenversicherungen nach Tarif 1KRBN mit einer eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherung als betriebliche Altersversorgung?

Die nachstehenden Angaben über die Steuerregelungen und die staatliche Förderung betreffen Direktversicherungen zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung. Sie gelten insoweit, als der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer und der versicherte Arbeitnehmer unbeschränkt steuerpflichtig sind. Unbeschränkte Steuerpflicht liegt vor, wenn der Arbeitnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bzw. der Arbeitgeber seinen Firmensitz oder seine Geschäftsleitung 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 Dezember 2017 der Steuergesetzgebung, gültig ab Januar 2018. 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) Direktversicherungen nach Tarif 1KRBN

a) Steuerliche Förderung der Beitragszahlung gemäß § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG)

Beiträge des Arbeitgebers aus dem ersten Dienstverhältnis für eine Direktversicherung sind nach § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG grundsätzlich steuerfrei, soweit sie insgesamt im Kalenderjahr den Höchstbetrag von 8 % der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (West) nicht übersteigen. Dieser Betrag verringert sich um Beiträge, auf die § 40b Absatz 1 und 2, Satz 3 und 4 EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung angewendet wird. Sofern die Beiträge auf Entgeltumwandlung beruhen, gilt die Steuerfreiheit der Beiträge allerdings nur insoweit, als der Höchstbetrag nicht durch arbeitgeberfinanzierte Beiträge ausgeschöpft wird oder eine Förderung nach § 10a und Abschnitt XI EStG erfolgt (vgl. Absatz b). Eigenbeiträge des Arbeitnehmers außerhalb der Versorgungszusage sind von der Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG ausgeschlossen. Ferner entfällt die weitere steuerliche Förderung der Beiträge nach § 3 Nr. 63 EStG mit sofortiger Wirkung, soweit der Arbeitnehmer das Kapitalwahlrecht früher als ein Jahr vor dem altersbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ausübt. Die Möglichkeit, zu Beginn der Auszahlungsphase eine (vollständige) Kapitalabfindung oder eine Teilkapitalabfindung in Höhe von bis zu 30 % des dann zur Verfügung stehenden Kapitals in Anspruch zu nehmen, steht der steuerlichen Förderung der Beiträge aber grundsätzlich nicht entgegen.

Die Beiträge sind für den Arbeitgeber im Jahr der Zahlung in voller Höhe als Betriebsausgaben abzugsfähig. Die Ansprüche aus der Rentenversicherung sind vom Arbeitgeber nicht zu aktivieren, soweit sie dem Arbeitnehmer aufgrund seines Bezugsrechts zugerechnet werden.

b) Steuerliche Förderung der Beitragszahlung gemäß § 10a und Abschnitt XI EStG

Soweit der Arbeitnehmer im Rahmen seines Entgeltumwandlungsanspruchs von seinem Recht nach § 1a Abs. 3 BetrAVG Gebrauch gemacht hat, sind die Beiträge bei ihm individuell zu versteuern. Darüber hinaus kann bei einer Entgeltumwandlung die Steuerfreiheit auch einvernehmlich zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ausgeschlossen werden. Dies gilt ebenso für Arbeitgeberbeiträge, die zusätzlich zum Gehalt gezahlt werden. In diesen Fällen gehören die individuell versteuerten Beiträge gemäß § 82 Abs. 2 EStG zu den Altersvorsorgebeiträgen, die nach § 10a und Abschnitt XI EStG steuerlich begünstigt sind. Demnach wird von der Finanzverwaltung – in Abhängigkeit von diesen Beiträgen und auf Antrag des Arbeitnehmers – jährlich eine Zulage auf den Versicherungsvertrag geleistet. Diese Zulage setzt sich zusammen

- aus einer Grundzulage in Höhe von jährlich 175 €
- und ggf. aus einer Kinderzulage (je Kind, für das für mindestens einen Monat des Beitragsjahres Kindergeld gezahlt wird) in Höhe von jährlich 185 € für Kinder, die vor dem 01.01.2008 geboren sind, bzw. in Höhe von jährlich 300 € für Kinder, die ab dem 01.01.2008 geboren sind.

Für unmittelbar Zulageberechtigte, die zu Beginn des ersten Beitragsjahres, für das sie die Altersvorsorgezulage beantragen, das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhöht sich die Grundzulage einmalig um einen Betrag von 200 € (sog. Berufseinsteiger-Bonus).

Die volle Grund- und Kinderzulage sowie der volle Berufseinsteiger-Bonus werden gewährt, wenn im jeweiligen Kalenderjahr der Mindesteigenbeitrag gezahlt worden ist. Er beläuft sich auf jährlich 4 % des Vorjahreseinkommens (rentenversicherungspflichtiger Arbeitslohn des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres) – höchstens 2.100 € – abzüglich der vorgenannten in Betracht kommenden Zulagen. Der jährliche Eigenbeitrag muss zudem mindestens einen sogenannten Sockelbetrag von 60 € erreichen. Wird der Mindesteigenbeitrag nicht erreicht, wird die Zulage bzw. der Berufseinsteiger-Bonus im entsprechenden Verhältnis gekürzt, also nur anteilig gewährt.

Altersvorsorgebeiträge gemäß § 82 Abs. 2 EStG zuzüglich der dafür zustehenden Zulagen können bei der Einkommensteueranforderung im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Höchstbeträge als Sonderausgaben nach § 10a EStG geltend gemacht werden. Der Sonderausgabenabzug kann die Beantragung einer Zulage aber nicht ersetzen. Zu den begünstigten Aufwendungen gehören innerhalb der Höchstgrenzen des § 10a EStG Abs. 1 EStG nicht nur die geleisteten Versicherungsbeiträge, sondern auch der dem Arbeitnehmer zustehende Zulagenanspruch. Das zuständige Finanzamt prüft, ob der Sonderausgabenabzug für den Zulageberechtigten im Vergleich zur Zulagenförderung günstiger ist. Übersteigt die aus dem Sonderausgabenabzug sich ergebende Steuerersparnis den Anspruch auf Zulage, wird der Differenzbetrag zur Zulage dem Begünstigten mit der Veranlagung zur Einkommensteuer erstattet. Der jährliche Höchstbetrag für den Sonderausgabenabzug beläuft sich auf 2.100 €.

Setzt ein Arbeitnehmer eine Rentenversicherung, die ganz oder teilweise durch Entgeltumwandlung finanziert und nach § 3 Nr. 63 oder § 10a und Abschnitt XI EStG gefördert wurde, während oder nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit eigenen Beiträgen fort, gelten auch diese Beiträge als Altersvorsorgebeiträge im Sinne des § 82 Abs. 2 EStG. Soweit der Arbeitnehmer im Rahmen einer solchen privaten Weiterführung des Vertrags das Kapitalwahlrecht früher als ein Jahr vor dem altersbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ausübt, entfällt ab diesem Zeitpunkt die weitere steuerliche Förderung nach § 10a und Abschnitt XI EStG.

Rückzahlungspflicht bei steuerschädlicher Verwendung der Fördermittel

Wird das in der Versicherung angesparte geförderte Altersvorsorgevermögen nicht als lebenslange Rente ausgezahlt bzw. nicht als Kleinbetragsrente abgefunden, liegt grundsätzlich eine sogenannte schädliche Verwendung vor (§ 93 Abs. 1 EStG). Als unschädlich gelten jedoch

- die einmalige Teilkapitalabfindung von bis zu 30 % des Verrentungskapitals bei Rentenbeginn,
- im Falle eines Arbeitgeberwechsels der versicherten Person die Übertragung des geförderten Kapitals auf eine Versorgungseinrichtung des neuen Arbeitgebers, wenn eine lebenslange Altersversorgung des Arbeitnehmers im Sinne des § 1 Abs. 1 Satz 4 a) Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (AltZertG) gewährleistet wird,
- im Falle eines Versorgungsausgleichs nach einer Ehescheidung / Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft die Übertragung von gefördertem Kapital auf einen Altersvorsorgevertrag oder eine nach § 82 Abs. 2 EStG begünstigte betriebliche Altersversorgung der ausgleichsberechtigten Person,
- im Todesfall die Zahlung einer Hinterbliebenenrente an einen versorgungsberechtigten Hinterbliebenen.

Eine schädliche Verwendung ist insbesondere dann gegeben, wenn

- es aufgrund einer Vertragskündigung zu einer Auszahlung des angesammelten Kapitals kommt,
- Kapital im Todesfall ausgezahlt wird,
- bei Tod der versicherten Person während der Rentengarantiezeit die bis zu ihrem Ablauf noch ausstehenden garantierten Renten weitergezahlt werden,
- der Vertrag im Rahmen des Versorgungsausgleichs nach einer Ehescheidung / Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft extern geteilt und dabei gefördert Kapital nicht auf einen Altersvorsorgevertrag oder eine nach § 82 Abs. 2 EStG begünstigte betriebliche Altersversorgung, die Versorgungsausgleichskasse oder die gesetzliche Rentenversicherung übertragen wird,
- der Zulageberechtigte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU oder des EWR (EU-/EWR-Ausland) verlegt und entweder keine Zulageberechtigung mehr besteht oder der Vertrag in der Auszahlungsphase ist, oder

- das Bezugsrecht auf die Versicherungsleistungen zugunsten des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber widerrufen wird.

Die schädliche Verwendung führt regelmäßig zu einer Rückzahlungsverpflichtung der Zulagen sowie der darüber hinaus gehenden Steuerermäßigungen, soweit sie auf das ausgezahlte geförderte Altersvorsorgevermögen entfallen (steuerliche Fördermittel). Der Rückzahlungsbetrag wird von der zentralen Zulagenstelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) ermittelt und ist nicht an den Zulageberechtigten, sondern direkt an diese Stelle zu überweisen.

Verlagert der Arbeitnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt förderschädlich in das EU-/EWR-Ausland, hat er die Möglichkeit, den Rückzahlungsbetrag bis zur Auszahlung der Vorsorgeleistung zu stunden. Ab diesem Zeitpunkt wird die Stundung verlängert, wenn der gestundete Betrag mit mindestens 15 % des monatlichen Versorgungsbetrages getilgt wird.

c) Steuerliche Förderung der Beiträge nach § 100 EStG

Beiträge im Rahmen der Rentenversicherung nach Tarif 1KRBN als Direktversicherung erfüllen nicht die Voraussetzungen nach § 100 Absatz 3 Nr. 4 EStG. Die in dieser Vorschrift geregelten Förderbeiträge können Sie daher nicht in Anspruch nehmen.

d) Steuerliche Behandlung der Versorgungsleistungen

• aus geförderten Beiträgen

Soweit Leistungen aus Direktversicherungen (Leibrenten, (Teil-)Kapitalabfindung, Todesfall-Leistung, Rückkaufswert) auf gemäß § 3 Nr. 63 EStG unversicherten Beiträgen beruhen, unterliegen die Leistungen als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 5 Satz 1 EStG in vollem Umfang der Einkommensteuer (nachgelagerte Besteuerung).

In gleicher Weise sind auch Rentenleistungen und nicht förderschädliche Kapitalauszahlungen, die auf nach § 10a und Abschnitt XI EStG geförderten Altersvorsorgebeiträgen beruhen, in vollem Umfang zu versteuern. Im Falle einer schädlichen Verwendung von gefördertem Kapital (Auszahlung des Rückkaufswertes nach Kündigung, Abfindung einer Todesfall-Leistung als Einmalbetrag vor oder nach Rentenbeginn) unterliegt der Auszahlungsbetrag nach Abzug der erbrachten Eigenbeiträge und der gutgeschriebenen Altersvorsorgezulagen als sonstige Einkünfte der Einkommensteuer (§ 22 Nr. 5 Satz 4 EStG). Entsprechende Regelungen gelten auch für den Fall, dass der Arbeitnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt förderschädlich in das EU-/EWR-Ausland verlegt (§ 95 EStG).

• aus nicht geförderten Beiträgen

Hingegen unterliegen lebenslange Rentenzahlungen, soweit sie auf nicht nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfreien und nicht nach § 10a und Abschnitt XI EStG geförderten Beiträgen beruhen, nur 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	61	62	63	64	65	66	67
Ertragsanteil (in %)	22	21	20	19	18	18	17

Bei einer Kapitalauszahlung, die auf nicht geförderten Beiträgen aus einer nach 2004 erteilten Neuzusage beruht, sind die hierin enthaltenen Kapitalerträge (Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge) als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 5 Satz 2b) EStG einkommensteuerpflichtig. Diese Einkünfte unterliegen im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung grundsätzlich der Kapitalertragsteuer in Höhe von 25 % und dem hierauf entfallenden Solidaritätszuschlag von 5,5 %. Gehört der Steuerpflichtige einer steuererhebenden Religionsgemeinschaft an, erhöht sich die Steuerbelastung 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.

Erfolgt die Kapitalauszahlung erst nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und hat der Vertrag im Zeitpunkt der Auszahlung mindestens zwölf Jahre bestanden, ist nur die Hälfte des o. a. Unterschiedsbetrags der Besteuerung zugrunde zu legen, dann allerdings mit dem persönlichen Steuersatz (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG). Bei einer teilweisen Kapitalauszahlung gilt das nicht geförderte Kapital als zuerst ausgezahlt.

(2) Planmäßige Erhöhung nach dem Dynamikplan

Für Direktversicherungen mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan gelten die Steuerregelungen aus Abschnitt 1 in gleicher Weise. Dabei ist als Vertragsbeginn der Erhöhungsversicherung steuerlich der ursprüngliche Versicherungsbeginn anzusehen. Auch Leistungserhöhungen aus Sonderzahlungen stellen – bei ansonsten unveränderter Versorgungszusage – steuerlich keine Neuzusage dar.

(3) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen zu Direktversicherungen

Beiträge, die auf Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen zu einer Direktversicherung entfallen, sind wie die Beiträge für die Hauptversicherung steuerlich begünstigt. Insbesondere sind die auf die Zusatzversicherung entfallenden Beitragsteile zusammen mit den Beiträgen für die Hauptversicherung unter den Voraussetzungen von Abschnitt 1 a) steuerfrei. Soweit die Beitragsteile aus individuell versteuertem Arbeitslohn des Arbeitnehmers stammen, gehören sie gemäß § 82 Abs. 3 EStG zu den geförderten Altersvorsorgebeiträgen (vgl. Abschnitt 1 b). Hinsichtlich der steuerlichen Höchstbeträge bilden die Beiträge aus der Haupt- und Zusatzversicherung eine Einheit.

Renten aus einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unterliegen, soweit das hierzu bei Rentenbeginn gebildete Deckungskapital auf unversicherten Beiträgen (Abschnitt 1 a) oder auf gemäß § 10a und Abschnitt XI EStG geförderten Beiträgen (Abschnitt 1 b) beruht, als sonstige Einkünfte der vollen Besteuerung. Soweit das Deckungskapital der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bei Rentenbeginn auf nicht geförderten Beiträgen beruht, ist die Berufsunfähigkeitsrente als zeitlich begrenzte Leibrente mit dem Ertragsanteil aus § 55 Abs. 2 EStDV (Einkommensteuer-Durchführungsverordnung) zu versteuern. Nachfolgend sind für einige mögliche Laufzeiten der Berufsunfähigkeitsrente die zugehörigen Ertragsanteile beispielhaft angegeben:

Laufzeit (in Jahren)	1	2	3	6	9	12	15	18	21
Ertragsanteil (in %)	0	1	2	7	10	14	16	19	22

B Erbschaftsteuer (Schenkungssteuer)

Versicherungsleistungen, die der Arbeitnehmer aus einer Direktversicherung erhält, sind nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Zuwendungen an einen versorgungsberechtigten Hinterbliebenen als Bezugsberechtigten einer solchen Rentenversicherung sind ebenfalls nicht erbschaftsteuerpflichtig, soweit diese Leistungen angemessen sind. Als versorgungsberechtigte Hinterbliebene gelten erbschaftsteuerrechtlich der Ehegatte, mit dem die versicherte Person bei Tod verheiratet ist, ein eingetragener Lebenspartner oder in der gesetzlichen Rentenversicherung waisenrentenberechtignte Kinder der versicherten Person (§ 48 Sozialgesetzbuch VI). Dagegen unterliegen Versicherungsleistungen der Erbschaftsteuer, wenn sie bei Tod des versicherten Arbeitnehmers von einem Bezugsberechtigten erworben werden, der kein Hinterbliebener in obigem Sinne ist. Dies gilt auch für einen früheren Ehegatten oder einen in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partner.

C Versicherungsteuer

Beiträge zu Rentenversicherungen sind in Deutschland nach § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungssteuer befreit.



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 €

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

Arbeitgeberinformationen Direktversicherung

Allgemeines

Die Direktversicherung ist einer von fünf Durchführungswegen, über den Arbeitgeber Ihren Arbeitnehmern eine betriebliche Altersversorgung zusagen können. Sie ist eine Lebensversicherung, bei der Sie Versicherungsnehmer sind. Ihre Arbeitnehmer sind versicherte und gleichzeitig begünstigte Person.

Die Beiträge können grundsätzlich

- von Ihnen zusätzlich zum Gehalt (Arbeitgeberfinanzierung),
- von Ihren Arbeitnehmern durch Verwendung von Teilen des Bruttogehaltes (Entgeltumwandlung)
- oder einer Kombination aus beiden Möglichkeiten (Mischfinanzierung)

gezahlt werden.

Mit Abschluss der Direktversicherung erteilen Sie Ihren Arbeitnehmern eine Versorgungszusage. Ihr Inhalt ergibt sich, neben eventuell von Ihnen vorgegebenen Versorgungsregelungen, aus den Versicherungsbedingungen in Verbindung mit dem Versicherungsschein und den weiteren Informationen für den Versicherungsnehmer.

Weitere arbeitsrechtliche Vereinbarungen entnehmen Sie dem Zusatzformular „Anlage zum Antrag auf Abschluss einer Direktversicherung – Vereinbarung zur Finanzierung“ (bei Entgeltumwandlung und Mischfinanzierung). Dieses stellen wir Ihnen zur Verfügung.

Ihre Arbeitnehmer erwerben einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf die Leistungen. Wir beschreiben dies im Versicherungsvertrag mit dem Bezugsrecht. Hier unterscheiden wir zwischen zwei Möglichkeiten:

Unwiderrufliches Bezugsrecht

Ihre versicherten Arbeitnehmer erhalten einen sofortigen Rechtsanspruch auf alle Versorgungsleistungen. Diese Bezugsrechtsgestaltung ist bei durch Entgeltumwandlung finanzierten Direktversicherungen gesetzlich zwingend vorgeschrieben.

Unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt

Ihre versicherten Arbeitnehmer erhalten mit Erreichen der gesetzlichen Unverfallbarkeit einen Rechtsanspruch auf die Versorgungsleistungen. Das Bezugsrecht kann von Ihnen als Versicherungsnehmer nur vor Erreichen der gesetzlichen Unverfallbarkeit widerrufen werden, und zwar nur dann, wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalles endet. Diese Form der Bezugsrechtsgestaltung wird häufig bei rein arbeitgeberfinanzierten Versorgungszusagen verwendet.

Nachfolgend geben wir Ihnen einen Überblick zu den Themen Steuern und Sozialversicherung sowie einige für Sie wichtige arbeitsrechtliche Hinweise.

Bei diesen Ausführungen handelt es sich lediglich um allgemeine Angaben und Informationen. Verbindliche Auskünfte über Ihre jeweils individuelle arbeits-, sozial- oder steuerrechtliche Situation dürfen Ihnen nur die jeweils zur Rechts- und Steuerberatung befugten Personen und Institutionen (z. B. Rechtsanwälte, Steuerberater und Finanzämter) erteilen.

Steuern und Sozialversicherung

Betriebsausgabenabzug

Beiträge zu einer Direktversicherung sind Betriebsausgaben (§ 4b Einkommensteuergesetz (EStG) in Verbindung mit R 4b Einkommensteuerrichtlinien). Soweit das Bezugsrecht dem Arbeitnehmer zusteht, ist kein Bilanzausweis (Aktivierung) erforderlich.

Steuer- und sozialversicherungsrechtliche Behandlung der Beiträge

Bis zu jährlich 4 % der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze West in der gesetzlichen Rentenversicherung können als Beiträge lohnsteuer- und sozialversicherungsfrei zugunsten des Arbeitnehmers aufgewendet werden (§ 3 Nr. 63 EStG bzw. § 1 Absatz 1 Nr. 9 Sozialversicherungsentgelt-Verordnung). Darüber hinaus können weitere Beiträge bis zu jährlich 4 % der Beitragsbemessungsgrenze West in der gesetzlichen Rentenversicherung lohnsteuerfrei, aber sozialversicherungspflichtig, zugunsten des Arbeitnehmers aufgewendet werden. Dieser Betrag verringert sich um Beiträge, auf die § 40b Absatz 1 und 2, Satz 3 und 4 EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung angewendet wird. Voraussetzung für die Anwendung des § 3 Nr. 63 EStG ist ein bestehendes erstes Dienstverhältnis. Hiervon ist auszugehen, wenn die Steuerklasse des Arbeitnehmers von Steuerklasse VI abweicht. Soweit die Beiträge die Höchstbeträge übersteigen, sind sie individuell zu versteuern. Für die individuell besteuerten Beiträge ist grundsätzlich eine Förderung durch Sonderausgabenabzug nach § 10a und Zulage nach Abschnitt XI EStG (Riester-Förderung) möglich.

Bei einer mischfinanzierten Versorgungszusage werden zunächst die rein arbeitgeberfinanzierten Beiträge im Rahmen der steuerlichen Höchstbeträge berücksichtigt. Soweit diese noch nicht ausgeschöpft werden, können die durch Entgeltumwandlung wirtschaftlich vom Arbeitnehmer getragenen Beiträge berücksichtigt werden.

Arbeitgeber können unter den Voraussetzungen des § 100 EStG vom Gesamtbetrag der einzubehaltenden Lohnsteuer für jeden Arbeitnehmer im ersten Dienstverhältnis einen Teilbetrag des Arbeitgeberbeitrags zur betrieblichen Altersversorgung (Förderbetrag) entnehmen und bei der nächsten Lohnsteuer-Anmeldung gesondert absetzen. Der Förderbetrag beträgt 30 % des zusätzlichen Arbeitgeberbeitrags, höchstens 144 € jährlich. Die Förderbeträge können nur bei Mitarbeitern beansprucht werden, die zum Zeitpunkt der Beitragszahlung über ein maximales monatliches Bruttogehalt in Höhe von 2.200 € verfügen. Nach § 100 Absatz 3 Nr. 5 EStG müssen bestimmte Produktvoraussetzungen erfüllt werden. **Diese Voraussetzungen werden mit unseren Tarifen 1KRB, BRGN und BU nicht erfüllt, weshalb Sie Förderbeträge nach § 100 EStG nicht beanspruchen können.**

Nähere steuerliche Hinweise finden Sie im Schreiben des Bundesfinanzministeriums vom 24.07.2013 zur steuerlichen Förderung der privaten und betrieblichen Altersversorgung.

Auswirkungen auf die Sozialversicherung

Die Beiträge zu einer Direktversicherung, soweit sie unter **Anwendung des § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG** 4 % der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze West in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht überschreiten, unterliegen nicht der Beitragspflicht in der Sozialversicherung. In Zusammenhang mit einer Entgeltumwandlung ist daher ggf. eine Minderung der Ansprüche Ihrer Arbeitnehmer auf etwai-

ge Leistungen aus der Sozialversicherung (z. B. gesetzliche Rentenversicherung, Krankengeld etc.) verbunden. Führt die Entgeltumwandlung zu einer Unterschreitung der Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, werden Ihre Arbeitnehmer hierdurch wieder versicherungspflichtig.

Steuer- und Sozialversicherungspflicht der Leistungen

Ihre Arbeitnehmer versteuern die Leistungen als sonstige Einkünfte in voller Höhe (nach § 22 Nr. 5 EStG) soweit sie aus steuerfreien Beiträgen finanziert wurden. Dies gilt auch für Hinterbliebenenleistungen und Leistungen aus Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen. Bei gesetzlich kranken-/pflegeversicherten Arbeitnehmern sind zusätzlich Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen. Dies gilt auch für evtl. Kapitalabfindungen. In diesem Fall gilt nach § 229 Sozialgesetzbuch V ein 120stel des Kapitalbetrags als monatlicher beitragspflichtiger Versorgungsbezug für maximal zehn Jahre.

Sie als Arbeitgeber haben dabei weder finanziellen noch organisatorischen Aufwand, weil wir als Zahlstelle der Versorgungsbezüge die Versicherungsbeiträge abführen bzw. an die Krankenkasse melden.

Für privat krankenversicherte Arbeitnehmer fallen in der Leistungsphase keine Sozialversicherungsbeiträge an.

Soweit die Leistungen aus der Direktversicherung durch private Fortsetzung der Beitragszahlung nach vorzeitiger Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Ihre Arbeitnehmer finanziert wurden, sind hierauf keine Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen. Dies setzt allerdings voraus, dass Ihrem Arbeitnehmer die Versicherungsnehmer-Eigenschaft übertragen wurde.

Soweit die Leistungen auf Beiträgen nach § 10a und Abschnitt XI EStG basieren, sind auch diese nicht beitragspflichtig in der Sozialversicherung.

Arbeitsrechtliche Hinweise

Rechtsbegründungsakte

Zusagen auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung können in unterschiedlicher Weise getätigt werden. Die jeweiligen Verpflichtungstatbestände werden Rechtsbegründungsakte genannt. Der jeweils gewählte Rechtsbegründungsakt ist nicht nur maßgebend für die Begründung der Arbeitgeberverpflichtung aus der Versorgungszusage im jeweiligen Arbeitsverhältnis, sondern auch rechtliche Grundlage für deren Änderung oder Aufhebung.

Rechtsbegründungsakte können individualrechtlicher Natur sein (Einzelzusage, Gesamtzusage, vertragliche Einheitsregelung, betriebliche Übung, Ansprüche aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz) oder auf kollektivrechtlicher Grundlage beruhen (Betriebsvereinbarung, Vereinbarung nach dem Sprecherausschussgesetz oder Tarifvertrag). Soweit betriebliche Altersversorgung durch Tarifverträge geregelt wird, kann hiervon nicht durch Individualzusagen oder durch Betriebsvereinbarungen zuungunsten der Arbeitnehmer abgewichen werden. Wird betriebliche Altersversorgung durch Individualzusagen geregelt, empfiehlt es sich, diese Zusagen betriebsvereinbarungsoffen zu gestalten, weil dadurch deren Abänderbarkeit erleichtert wird.

Wird als Rechtsbegründungsakt für eine betriebliche Altersversorgung eine Betriebsvereinbarung gewählt, so handelt es sich um eine teilmittelbestimmte Betriebsvereinbarung. Hierbei gibt es mitbestimmungspflichtige Räume, bei denen dem Betriebsrat ein Mitspracherecht eingeräumt wird (z. B. umfassende Informationsrechte über die betriebliche Altersversorgung und erzwingbare Mitbestimmungsrechte über die Verteilungsgrundsätze für die seitens des Arbeitgebers vorgesehenen Finanzierungsmittel). Mitbestimmungsfrei sind dagegen die Wahl des Durchführungsweges, die Wahl des Begünstigtenkreises und die Festlegung über den Umfang der Finanzierungsmittel (Dotierungsrahmen).

Die betriebliche Mitbestimmung stößt naturgemäß an Grenzen, wo gesetzliche und/oder tarifvertragliche Normen gelten. Daher ist die Gestaltungsmöglichkeit über Betriebsvereinba-

rungen bei rein arbeitnehmerfinanzierten Zusagen (Entgeltumwandlung) im Rahmen des Entgeltumwandlungsanspruches nach § 1a Betriebsrentengesetz (BetrAVG) auf Grund der Sperrwirkung des § 87 Absatz 1 Betriebsverfassungsgesetz praktisch ausgeschlossen. In diesem Fall liegen die entscheidenden Gestaltungsrechte bei den einzelnen Arbeitnehmern, dem Arbeitgeber und den Tarifvertragsparteien.

Arbeitgeberhaftung

Nach dem Betriebsrentengesetz haften Sie als Arbeitgeber für die Erfüllung der Ihren Arbeitnehmern erteilten Versorgungszusagen. Dies gilt auch bei Einschaltung eines externen Versorgungsträgers wie im Fall der Direktversicherung. Bitte bedenken Sie, dass es sich hierbei primär um ein theoretisches Risiko handelt. Für Sie käme eine Haftung tatsächlich erst dann in Betracht, wenn und soweit wir unsere versicherungsvertraglich garantierten Leistungen nicht mehr erbringen könnten und zugleich der Insolvenzschutzsicherungsfonds der Deutschen Versicherungswirtschaft (Protector) ebenfalls zahlungsunfähig wäre. Bei uns ist die betriebliche Altersversorgung Ihrer Mitarbeiter in guten Händen. Wir sind Ihr finanzkräftiger Partner, der zu seinem Wort steht. Dies wird uns von international renommierten Ratingagenturen bestätigt. Die aktuellen Bewertungen der Ratingagenturen finden Sie auf unserer Internetseite: www.amv.de/ratings.

Darüber hinaus haften Sie z. B. für Minderleistungen, die sich aus von Ihnen zu vertretenden Beitragszahlungsrückständen ergeben.

Ansonsten können Sie durch die Wahl der Zusageart sowie durch die konkrete Vertragsgestaltung wesentlichen Einfluss auf die Vermeidung möglicher Haftungsrisiken nehmen.

Zusagearten

Als Arbeitgeber entscheiden Sie selbst, welche der im Betriebsrentengesetz definierten Zusagearten Sie für Ihre Versorgungszusagen verwenden. In der Direktversicherung werden üblicherweise Zusagen als „Beitragsorientierte Leistungszusage“ oder als „Beitragszusage mit Mindestleistung“ erteilt. Mit Inkrafttreten des Betriebsrentenstärkungsgesetzes können Arbeitgeber unter bestimmten Voraussetzungen zudem reine Beitragszusagen erteilen.

• Beitragsorientierte Leistungszusage

Rechtsgrundlage ist § 1 Absatz 2 Nr. 1 BetrAVG. Danach verpflichten Sie sich, bestimmte Beiträge in eine Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung umzuwandeln. Die Höhe der Versorgungsleistungen sind in der Direktversicherung identisch mit den garantierten Versicherungsleistungen und bestimmen sich z. B. in Abhängigkeit vom jeweils gewählten Versicherungstarif, der Art der gewählten Versicherungsleistungen, von der Höhe des Beitrags, der Laufzeit des Vertrags sowie dem Eintrittsalter der versicherten Person und u. U. deren Gesundheitszustand. Unsere Produkte sind darauf ausgerichtet, dass diese Zusageart in Verbindung mit unseren konventionellen (nicht fondsgebundenen) Tarifen vereinbart wird. Damit umfasst die von Ihnen erteilte Versorgungszusage auch die von uns versicherungsvertraglich garantierte Mindestverzinsung.

• Beitragszusage mit Mindestleistung

Rechtsgrundlage ist § 1 Absatz 2 Nr. 2 BetrAVG. Auch hier verpflichten Sie sich Beiträge zur Finanzierung von Leistungen (z. B. über eine Direktversicherung) zur Verfügung zu stellen. Zudem haben die Arbeitnehmer einen Anspruch auf alle Erträge, die sich aus dem Anlageerfolg des jeweils gewählten Produktes ergeben. Diese Zusageart kommt i. d. R. – wie auch bei uns – bei fondsgebundenen Tarifen zur Anwendung. Hinsichtlich der Höhe der von Ihnen zugesagten Leistungen wird im Unterschied zur „Beitragsorientierten Leistungszusage“ keine Haftung für eine garantierte Verzinsung übernommen. Da die Höhe der Leistung zum Altersrentenbeginn insbesondere auch von der Entwicklung der gewählten Fonds abhängt, verlangt der Gesetzgeber bei dieser Zusageart lediglich eine arbeitsrechtliche Mindestleistung in Höhe der Summe der bis zum Rentenbeginn gezahlten Beiträge. Dabei bleiben

Beitragsanteile für evtl. eingeschlossene Risikoabsicherungen (z. B. Berufsunfähigkeitsabsicherung) unberücksichtigt.

Im Ergebnis haften Sie als Arbeitgeber nur für den Beitragserhalt und verlagern darüber hinaus die Anlagerisiken und -chancen auf Ihre Arbeitnehmer. Da wir die Mindestleistung versicherungsvertraglich garantieren, ist dieses Haftungsrisiko sehr theoretischer Natur (s. o. Erläuterungen zu „Arbeitgeberhaftung“).

- Beitragszusage ohne Leistungsgarantien

Rechtsgrundlage ist § 1 Absatz 2 Nr. 2a BetrAVG. Arbeitgeber können auf der Grundlage eines Tarifvertrages oder einer Betriebsvereinbarung auf der Grundlage eines Tarifvertrages Beiträge zur Finanzierung von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung zahlen. Nach Maßgabe der in § 22 BetrAVG geregelten Voraussetzungen dürfen keine Leistungen garantiert werden. Diese zum 01.01.2018 neu in das aufgenommene Zusageart kommt nur für Arbeitgeber in Frage, die auf Basis eines entsprechenden Tarifvertrages Zugang zu Produktanbietern haben, deren Produkte die speziellen arbeits- und aufsichtsrechtlichen Anforderungen erfüllen.

Entgeltumwandlungsanspruch der Arbeitnehmer

Nach § 1a BetrAVG haben Ihre Arbeitnehmer – soweit ein eventuell geltender Tarifvertrag nichts anderes bestimmt – das Recht auf Entgeltumwandlung. Sie können von Ihnen als Arbeitgeber verlangen, dass jährlich bis zu 4 % der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze West in der gesetzlichen Rentenversicherung durch Entgeltumwandlung für betriebliche Altersversorgung verwendet werden. Dieser Anspruch besteht auch bei einer zusätzlichen arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung. Bitte beachten Sie diesbezüglich evtl. vorhandene Vorgaben eines von Ihnen zu berücksichtigenden Tarifvertrags. Zu beachten sind ggf. auch branchenbezogene Mindestlöhne. Hierbei ist zu prüfen, ob auch Mindestlohnbestandteile zugunsten betrieblicher Altersversorgung umgewandelt werden dürfen.

Optionssystem

In einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung kann geregelt werden, dass der Arbeitgeber für alle Arbeitnehmer oder eine Gruppe von Arbeitnehmern eine automatische Entgeltumwandlung einführt, gegen die der Arbeitnehmer ein Widerspruchsrecht hat (Optionssystem). Nichttarifgebundene Arbeitgeber und Arbeitnehmer können ein einschlägiges tarifvertragliches Optionssystem anwenden oder aufgrund eines einschlägigen Tarifvertrages durch Betriebsvereinbarung die Einführung eines Optionssystems regeln. Nähere Einzelheiten regelt § 20 BetrAVG.

Arbeitgeberzuschuss bei Einsparung von Sozialversicherungsbeiträgen

Soweit Sie als Arbeitgeber bei Entgeltumwandlung Ihrer Arbeitnehmer Sozialversicherungsbeiträge einsparen, müssen Sie nach § 1a Absatz 1a BetrAVG 15 % des umgewandelten Entgelts zusätzlich als Arbeitgeberzuschuss an den Pensionsfonds, die Pensionskasse oder die Direktversicherung weiterleiten. Diese Verpflichtung gilt bei Beitragszusagen für ab 2018 erteilte Versorgungszusagen. Bei den übrigen Zusagearten in den genannten Durchführungswegen muss der Arbeitgeberzuschuss – soweit durch Tarifvertrag keine abweichenden Regelungen getroffen wurden – für ab 2019 erteilte Neuzusagen gezahlt werden. Ab dem 01.01.2022 ist der Arbeitgeberzuschuss auch für vor 2019 erteilte Versorgungszusagen zu entrichten. Auch für diese Regelung können hiervon abweichende Vereinbarungen durch Tarifvertrag getroffen werden.

Fortsetzung der Beitragszahlung bei einem Arbeitsverhältnis ohne Entgeltanspruch

In Verbindung mit durch Entgeltumwandlung finanzierter betrieblicher Altersversorgung haben Ihre Arbeitnehmer das Recht, in Zeiten ohne Entgeltanspruch (z. B. während der

gesetzlichen Elternzeit), die Versicherung mit eigenen Beiträgen fortzusetzen (§ 1a Absatz 4 BetrAVG).

Gesetzliche Unverfallbarkeit, wenn der Arbeitnehmer vorzeitig aus dem Unternehmen ausscheidet

Das Betriebsrentengesetz enthält auch Regelungen zur Unverfallbarkeit. Hierdurch wird definiert, unter welchen Bedingungen Ihren Arbeitnehmern auch bei vorzeitiger Beendigung aus dem Arbeitsverhältnis erreichte Versorgungsanwartschaften nicht mehr entzogen werden können. Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen arbeitgeber- und arbeitnehmerfinanzierten (Entgeltumwandlung) Versorgungszusagen.

Für **arbeitgeberfinanzierte Versorgungsteile** gelten – soweit nichts Abweichendes vereinbart wird – die Unverfallbarkeitsfristen nach § 1b Absatz 1 BetrAVG. Hiernach erwerben Arbeitnehmer unverfallbare Anwartschaften auf Versorgungsleistungen, wenn sie

- vor Eintritt des Versorgungsfalles aus Ihrem Unternehmen ausscheiden,
- das 21. Lebensjahr vollendet haben und
- die Versorgungszusagen zu diesem Zeitpunkt drei Jahre bestanden haben.

Abweichungen von dieser Regelung dürfen nur zugunsten des Arbeitnehmers getroffen werden.

Wurden die Beiträge durch **Entgeltumwandlung** des Arbeitnehmers finanziert oder handelt es sich um einen Arbeitgeberzuschuss nach § 1a Absatz 1a BetrAVG, liegt nach § 1b Absatz 5 BetrAVG die **Unverfallbarkeit ab Beginn** der Zusage vor.

Höhe der unverfallbaren Anwartschaften und Vereinbarungen bei vorzeitigem Ausscheiden nach Eintritt der Unverfallbarkeit

- Beitragsorientierte Leistungszusagen

Die Höhe der unverfallbaren Anwartschaften ergibt sich nach § 2 Absatz 2 BetrAVG.

Zusätzlich vereinbaren Sie mit Ihren Arbeitnehmern versicherungsvertraglich und arbeitsrechtlich Folgendes:

Scheidet der Arbeitnehmer vor Eintritt des Versorgungsfalles aus Ihrem Unternehmen aus, so informieren Sie **innerhalb von drei Monaten** die AachenMünchener Lebensversicherung AG darüber. Mit dieser Mitteilung verfügen Sie, dass der Arbeitnehmer mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses Versicherungsnehmer wird und sich zudem die Ansprüche aus der Versorgungszusage auf die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag begrenzen. Informieren Sie zeitgleich den Arbeitnehmer und lassen Sie ihn schriftlich bestätigen, dass Sie einen Versicherungsnehmerwechsel unter Anwendung des versicherungsvertraglichen Verfahrens nach § 2 Absatz 2 BetrAVG vornehmen. Der Arbeitnehmer kann die Versicherung mit eigenen Beiträgen fortführen oder sie in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln lassen.

Durch die Anwendung des so genannten „Versicherungsvertraglichen Verfahrens“ können Sie die Höhe der aufrecht zu erhaltenden Versorgungsleistungen auf die Höhe der Versicherungsleistungen begrenzen. Eine darüber hinausgehende Verpflichtung können Sie damit vermeiden. **Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Sie die zuvor genannte Frist unbedingt einhalten.** Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich die Höhe der unverfallbaren Anwartschaften nach dem zeiträtlichen Verfahren bemisst und damit die ausfinanzierten Leistungen des Versicherungsvertrags übersteigt. Weitere Voraussetzungen zur Anwendung des versicherungsvertraglichen Verfahrens können Sie § 2 Absatz 2 BetrAVG entnehmen.

- Beitragszusage mit Mindestleistung

Die Höhe der unverfallbaren Anwartschaften ergibt sich nach § 2 Absatz 5b BetrAVG und entspricht damit dem zum Ausscheiden vorhandenen Versorgungskapital (Vertragsguthaben der Direktversicherung) auf der Grundlage der bis zum Ausscheiden gezahlten Beiträge und den hie-

raus bis zum Eintritt des zukünftigen Versorgungsfalls noch zu erzielenden Erträgen.

Arbeitsrechtlich ist noch nicht abschließend geklärt, ob das zuvor beschriebene „Versicherungsvertragliche Verfahren“ auch bei dieser Zusageart zur Anwendung kommen kann. Sollte dies nicht der Fall sein, müssten Arbeitgeber auch bei ausgeschiedenen Arbeitnehmern Versicherungsnehmer bleiben, um eine vorzeitige Inanspruchnahme des Rückkaufswertes der Direktversicherung durch den Arbeitnehmer zu vermeiden.

Zu Ihrer Sicherheit und um Ihnen unnötigen Verwaltungsaufwand zu ersparen, vereinbaren wir deshalb auch hier bei vorzeitiger Beendigung des Arbeitsverhältnisses den Versicherungsnehmerwechsel auf Ihre Arbeitnehmer unter gleichzeitiger versicherungsvertraglicher Vereinbarung von Verfügungsbeschränkungen (z. B. keine Kündigung zur Auszahlung des Rückkaufswertes, keine Beleihung). Somit können Sie auch bei dieser Zusageart die Versicherung unbürokratisch mitgeben, ohne befürchten zu müssen, dass der Arbeitnehmer das Vertragsguthaben zweckwidrig verwendet und Sie zum Versorgungsbeginn in eine Haftungssituation kommen.

Auskunfts- und Botenpflichten

Arbeitgeber oder Versorgungsträger müssen nach § 4a BetrAVG den versorgungsberechtigten Arbeitnehmern auf deren Verlangen bestimmte Auskünfte zu Art und Umfang der Versorgungsleistungen erteilen. Zudem sind die Arbeitnehmer auf Anfrage darüber zu informieren, wie sich die Versorgungsanwartschaften entwickelt haben, welche Versorgungsleistungen voraussichtlich zu erwarten sind, wenn das Arbeitsverhältnis vorzeitig beendet wird oder wie hoch der Übertragungswert bei Übertragung auf einen anderen Arbeitgeber ist. Als Versorgungsträger erfüllen wir diese Auskunftspflichten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

Hierbei ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner und erhalten alle für das Vertragsverhältnis maßgeblichen Schriftstücke und Informationen. Dazu gehören auch für den versorgungsberechtigten Arbeitnehmer bestimmte Duplikate. Um Ihre Arbeitnehmer zeitnah über den Stand der betrieblichen Altersversorgung zu informieren, verpflichten Sie sich, die für Ihre Arbeitnehmer bestimmten Schriftstücke unverzüglich an die-

se weiterzuleiten und eine Empfangsbestätigung in Ihrer Personalakte zu dokumentieren. Sofern dies erforderlich wird, werden wir diese Empfangsbestätigungen bei Ihnen anfordern.

Übertragung/Übernahme

Nach § 4 Absatz 3 BetrAVG haben Ihre Arbeitnehmer innerhalb eines Jahres nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses einen Anspruch auf Übertragung des Übertragungswertes (gebildetes Vertragskapital zum Zeitpunkt der Übertragung) auf einen neuen Arbeitgeber oder auf die Versorgungseinrichtung nach § 22 BetrAVG des neuen Arbeitgebers. Wurde bereits anlässlich des Ausscheidens ein Versicherungsnehmerwechsel auf Ihre ehemaligen Arbeitnehmer durchgeführt, so richtet sich der Übertragungsanspruch gegen uns. Alternativ kann die Versorgung auch von einem neuen Arbeitgeber gemäß § 4 Absatz 2 Nr. 1 übernommen werden. Im Rahmen der von uns verwendeten Formulare erklären Sie sich mit einer späteren Übernahme der Versorgung durch einen Folgearbeitgeber einverstanden.

Pensionssicherungsverein

Soweit nach Eintritt der Unverfallbarkeitsvoraussetzungen das Bezugsrecht unwiderruflich Ihren Arbeitnehmern zusteht und die Direktversicherung weder abgetreten noch beliehen ist, sind keine Beiträge an den Pensionssicherungsverein zu entrichten.

Anpassung der laufenden Rentenleistungen durch den Arbeitgeber

- Beitragsorientierte Leistungszusage

Ab Beginn der Rentenzahlung (Altersrente, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente) werden alle Überschüsse zur Leistungserhöhung verwendet. Daher ist die Anpassungsprüfungspflicht für Sie als Arbeitgeber erfüllt (§ 16 Absatz 3 Nr. 2 BetrAVG). Weitere Anpassungsverpflichtungen treffen Sie nach aktuellem Stand der Rechtsprechung der Arbeitsgerichte dann nicht.

- Beitragszusagen mit Mindestleistung

Nach § 16 Absatz 3 Nr. 3 BetrAVG besteht bei Direktversicherungen mit dieser Zusageart keine Anpassungsverpflichtung für Sie.

Information für Arbeitnehmer zur betrieblichen Altersversorgung über eine Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG – Beitragsorientierte Leistungszusage –

Allgemeines

Die Direktversicherung ist einer von fünf Durchführungswegen, über den der Arbeitgeber eine betriebliche Altersversorgung zusagen kann. Sie ist eine Lebensversicherung, bei der der Arbeitgeber Versicherungsnehmer ist. Sie als Arbeitnehmer sind versicherte und gleichzeitig begünstigte Person. Die Beiträge können grundsätzlich

- vom Arbeitgeber zusätzlich zum Gehalt (Arbeitgeberfinanzierung),
- von Ihnen durch Verwendung von Teilen des Bruttogehaltes (Entgeltumwandlung)
- oder einer Kombination aus beiden Möglichkeiten (Mischfinanzierung)

gezahlt werden.

Mit dem Abschluss der Direktversicherung erteilt Ihnen Ihr Arbeitgeber eine Versorgungszusage. Ihr Inhalt ergibt sich, neben eventuellen Versorgungsregelungen Ihres Arbeitgebers, aus den Versicherungsbedingungen in Verbindung mit dem Versicherungsschein und den weiteren Informationen für den Versicherungsnehmer.

Zusätzlich wird zwischen Ihrem Arbeitgeber und Ihnen eine Finanzierungsvereinbarung geschlossen. Bei einer Entgeltumwandlung oder einer Mischfinanzierung verzichten Sie auf einen Teil des Bruttogehaltes. Ihr Arbeitgeber zahlt diesen für Sie direkt an die AachenMünchener Lebensversicherung AG.

Sie erwerben einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf die Leistungen. Wir beschreiben dies im Versicherungsvertrag mit dem Bezugsrecht.

Steuern und Sozialversicherung

Steuer- und sozialversicherungsrechtliche Behandlung der Beiträge

Bis zu jährlich 4 % der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze West in der gesetzlichen Rentenversicherung können als Beiträge lohnsteuer- und sozialversicherungsfrei zu Ihren Gunsten aufgewendet werden (§ 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) bzw. § 1 Absatz 1 Nr. 9 Sozialversicherungsentgeltverordnung). Darüber hinaus können weitere Beiträge bis zu jährlich 4 % der Beitragsbemessungsgrenze West der gesetzlichen Rentenversicherung lohnsteuerfrei aber sozialversicherungspflichtig zu Ihren Gunsten aufgewendet werden. Dieser Betrag verringert sich um Beiträge, auf die § 40b Absatz 1 und 2, Satz 3 und 4 EStG (Lohnsteuerpauschalierung) in der am 31.12.2004 geltenden Fassung angewendet wird. Voraussetzung für die Anwendung des § 3 Nr. 63 EStG ist ein bestehendes erstes Dienstverhältnis. Hiervon ist auszugehen, wenn Ihre Steuerklasse von Steuerklasse VI abweicht.

Soweit die Beiträge die Höchstbeträge übersteigen, sind sie individuell zu versteuern. Für individuell besteuerte Beiträge ist grundsätzlich eine Förderung durch Sonderausgabenabzug nach § 10a und Zulage nach Abschnitt XI EStG möglich.

Bei einer mischfinanzierten Versorgungszusage werden zunächst rein arbeitgeberfinanzierte Beiträge im Rahmen der steuerlichen Höchstbeträge berücksichtigt. Soweit diese noch nicht ausgeschöpft werden, können die durch Entgeltum-

wandlung wirtschaftlich vom Arbeitnehmer getragenen Beiträge berücksichtigt werden.

Steuer- und Sozialversicherungspflicht der Leistungen

Sie versteuern die Leistungen aus der Direktversicherung als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 5 EStG in voller Höhe, soweit sie aus steuerfreien Beiträgen unter Anwendung des § 3 Nr. 63 EStG oder durch Sonderausgabenabzug nach § 10a und Zulagen nach Abschnitt XI EStG (Riester-Förderung) finanziert wurden.

Hingegen unterliegen lebenslange Rentenzahlungen, soweit sie auf nicht nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfreien und nicht nach § 10a und Abschnitt XI EStG geförderten Beiträgen beruhen, nur 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 die zugehörigen Ertragsanteile beispielhaft angegeben:

Rentenbeginnalter (Jahre)	61	62	63	64	65	66	67
Ertragsanteil (in %)	22	21	20	19	18	18	17

Bei einer Kapitalauszahlung, die auf nicht geförderten Beiträgen aus einer nach 2004 erteilten Neuzusage beruht, sind die hierin enthaltenen Kapitalerträge (Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge) als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 5 Satz 2b) EStG einkommensteuerpflichtig. Diese Einkünfte unterliegen im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung grundsätzlich der Kapitalertragsteuer in Höhe von 25 % und dem hierauf entfallenden Solidaritätszuschlag von 5,5 %. Gehört der Steuerpflichtige einer steuererhebenden Religionsgemeinschaft an, erhöht sich die Steuerbelastung 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.

Erfolgt die Kapitalauszahlung erst nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und hat der Vertrag im Zeitpunkt der Auszahlung mindestens zwölf Jahre bestanden, ist nur die Hälfte des o. a. Unterschiedsbetrags der Besteuerung zugrunde zu legen, dann allerdings mit dem persönlichen Steuersatz (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG). Bei einer teilweisen Kapitalauszahlung gilt das nicht geförderte Kapital als zuerst ausgezahlt.

Sollten Sie als Leistungsempfänger Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) sein, haben Sie für sämtliche Renten- oder Kapitalleistungen aus der betrieblichen Altersversorgung den vollen allgemeinen Beitragssatz Ihrer Krankenkasse alleine zu zahlen. Bei Kapitalleistungen gilt nach § 229 Sozialgesetzbuch V ein 120stel des Kapitalbetrags für maximal zehn Jahre als beitragspflichtige monatliche Einnahme. Sofern Sie vorzeitig mit unverfallbaren Anwartschaften aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden und Sie von Ihrem Recht zur Fortsetzung der Versicherung mit eigenen Beiträgen Gebrauch machen, unterliegen die insoweit finanzierten Leistungen nicht der Sozialversicherungspflicht, wenn Ihnen Ihr Arbeitgeber bei Ausscheiden die Versicherungsnachricht überträgt.

Dies gilt nur in dem Fall, dass Sie in der GKV pflichtversichert sind. In der GKV freiwillig Versicherte müssen auch diese Leistungen ihrer gesetzlichen Krankenkasse melden und zahlen insoweit den sog. ermäßigten Beitragssatz.

Nicht der Beitragspflicht in der Sozialversicherung unterliegen Versorgungsbezüge, soweit sie aus steuerlich durch Sonderausgabenabzug nach § 10a und Zulagen nach Abschnitt XI EStG (Riester-Förderung) finanziert wurden.

Meldepflicht und Überweisung der Krankenversicherungsbeiträge durch den Versicherer

Nach § 202 Sozialgesetzbuch V sind wir als Versicherer verpflichtet, die fälligen Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung, soweit es sich hierbei um sozialversicherungspflichtige Versorgungsbezüge handelt, automatisch der GKV des Versicherten zu melden. Dies gilt auch bei Abfindungen, da es sich auch hierbei um Versorgungsbezüge handelt. Unterliegen die Versorgungsbezüge der Beitragspflicht, werden wir bei laufenden Renten die hierauf entfallenden Sozialversicherungsbeiträge einbehalten und an die Krankenkasse abführen. Hierbei berücksichtigen wir den Beitragssatz, der uns von der zuständigen Krankenkasse mitgeteilt wurde. Wird statt laufender Renten eine einmalige Kapitalabfindung gewählt, ist der Versicherte selbst zur Zahlung der Beiträge an die Krankenkasse verpflichtet.

Allgemeine Auswirkungen auf die Sozialversicherung

Die Beiträge zu einer Direktversicherung, soweit sie unter Anwendung des § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG gezahlt werden und 4 % der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze West in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht übersteigen, unterliegen nicht der Beitragspflicht in der Sozialversicherung. In Zusammenhang mit einer Entgeltumwandlung ist daher ggf. eine Minderung Ihrer Ansprüche auf etwaige Leistungen aus der Sozialversicherung (z. B. gesetzliche Rentenversicherung, Krankengeld etc.) verbunden. Führt die Entgeltumwandlung zu einer Unterschreitung der Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, werden Sie wieder versicherungspflichtig.

Arbeitsrechtliche Hinweise

Zusageart „Beitragsorientierte Leistungszusage“

Die Leistungen der Direktversicherung sagt Ihnen Ihr Arbeitgeber arbeitsrechtlich als „Beitragsorientierte Leistungszusage“ (§ 1 Absatz 2 Nr. 1 Betriebsrentengesetz (BetrAVG)) zu. Dabei verpflichtet er sich, Beiträge in eine Direktversicherung zu zahlen und eine garantierte Leistung sicher zu stellen. Für Leistungen der Altersversorgung wird hierbei mindestens das garantierte Versorgungskapital auf der Grundlage der gezahlten Beiträge zur Verfügung gestellt.

Fortsetzung der Beitragszahlung bei einem Arbeitsverhältnis ohne Entgeltanspruch

In bestimmten Situationen sind Arbeitnehmer in einem ruhenden Arbeitsverhältnis beschäftigt. Formal besteht das Arbeitsverhältnis dann fort, während die gegenseitigen Hauptpflichten aus dem Arbeitsvertrag ruhen. Dies ist z. B. der Fall, wenn Arbeitnehmer in Elternzeit gehen oder länger als sechs Wochen auf Grund einer Erkrankung arbeitsunfähig sind. Soweit zwischen Ihnen und Ihrem Arbeitgeber keine abweichenden Vereinbarungen getroffen wurden, zahlt Ihr Arbeitgeber in dieser Zeit keine Beiträge zu Ihrer für Sie abgeschlossenen Direktversicherung. Nach § 1a Absatz 4 BetrAVG haben Sie das Recht, die Versicherung in solchen Zeiten mit eigenen Beiträgen fortzusetzen. Falls Sie dieses Recht nicht ausüben, wird Ihr Vertrag für die Dauer der Beitragspause ruhend gestellt. **Bitte beachten Sie, dass Sie in dieser Zeit nur noch Versicherungsschutz in Höhe der beitragsfreien Versicherungsleistungen genießen.** Dies kann insbesondere bei einer bestehenden Berufsunfähigkeitsabsicherung weitreichende materielle Auswirkungen haben, sofern in dieser Zeit der Versicherungsfall eintritt. Nähere Informationen hierzu enthält das Ihnen nach Vertragsabschluss von Ihrem Arbeitgeber ausgehändigte Duplikat des Versicherungsscheins nebst Anlagen.

Gesetzliche Unverfallbarkeit, wenn Sie vorzeitig aus dem Unternehmen ausscheiden

Ihre Anwartschaften sind – soweit sie aus Entgeltumwandlung finanziert werden – nach § 1b Absatz 5 BetrAVG ab Zusagebeginn unverfallbar.

Für arbeitgeberfinanzierte Versorgungsbezüge – soweit nicht Abweichendes vereinbart wird – gelten die Unverfallbarkeitsfristen nach § 1b Absatz 1 BetrAVG. Hiernach erwerben Sie unverfallbare Anwartschaften auf Versorgungsleistungen, wenn Sie

- vor Eintritt des Versorgungsfalles aus dem Unternehmen ausscheiden,
- das 21. Lebensjahr vollendet haben und
- die Versorgungszusage zu diesem Zeitpunkt drei Jahre bestanden hat.

Abweichungen von dieser Regelung dürfen nur zu Ihren Gunsten getroffen werden.

Höhe der unverfallbaren Anwartschaften und Vereinbarungen, wenn Sie nach Eintritt der Unverfallbarkeit vorzeitig aus dem Unternehmen ausscheiden

Die Höhe der unverfallbaren Anwartschaften ergibt sich nach § 2 Absatz 2 BetrAVG.

Zusätzlich vereinbaren Sie mit Ihrem Arbeitgeber versicherungsvertraglich und arbeitsrechtlich Folgendes:

Scheiden Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles aus Ihrem Unternehmen aus, so informiert uns Ihr Arbeitgeber darüber. Mit dieser Mitteilung wird er verfügen, dass Ihnen mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses die Versicherungsnehmereigenschaft übertragen wird und sich zudem die Ansprüche aus der Versorgungszusage auf die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag begrenzen (versicherungsvertragliches Verfahren). Sie können die Versicherung dann mit eigenen Beiträgen fortführen oder sie in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln lassen.

Durch die Anwendung des so genannten „versicherungsvertraglichen Verfahrens“ wird die Höhe der aufrecht zu erhaltenden Versorgungsleistungen auf die bis zum Ausscheiden finanzierten Versicherungsleistungen begrenzt.

Unabhängig hiervon haben Sie das Recht, die Versicherung bei einem Arbeitgeberwechsel auf einen anderen Versorgungsträger übertragen zu lassen (§ 4 Absatz 3 BetrAVG).

Übertragungsanspruch

Nach § 4 Absatz 3 BetrAVG haben Sie als Arbeitnehmer bei unverfallbaren Versorgungsanwartschaften innerhalb eines Jahres nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses einen Anspruch auf Übertragung des Übertragungswertes (gebildetes Vertragskapital zum Zeitpunkt der Übertragung) auf einen neuen Arbeitgeber oder auf eine Versorgungseinrichtung nach § 22 BetrAVG des neuen Arbeitgebers. Wurde bereits anlässlich Ihres Ausscheidens ein Versicherungsnehmerwechsel auf Sie durchgeführt, so richtet sich der Übertragungsanspruch gegen uns. Alternativ kann die Versorgung auch von einem neuen Arbeitgeber gemäß § 4 Absatz 2 BetrAVG übernommen werden. Dies setzt dessen Einverständnis voraus. In diesem Fall setzt der neue Arbeitgeber die bestehende Direktversicherung nach Übernahme der Versicherungsnehmereigenschaft fort.

Anpassung der laufenden Rentenleistungen durch den Arbeitgeber

Ab Beginn der Rentenzahlung (Altersrente, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente) werden alle Überschüsse zur Leistungserhöhung verwendet. Damit ist die Anpassungsprüfungspflicht (§ 16 Absatz 3 Nr. 2 BetrAVG) für den Arbeitgeber erfüllt. Weitere Anpassungsverpflichtungen treffen Ihren Arbeitgeber nicht.

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.

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.

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen 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 unserem Rückversicherer, der Generali Deutschland AG, Adenauerring 7, 81737 München erhalten.

Vermittler/Vermögensberater:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler/Vermögensberater betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler/Vermögensberater die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsfalldaten. Auch übermitteln 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, 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 Versicherungsgemeinschaft 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 beigetretenen 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 § 38a BDSG unterbreitet und von ihm als mit dem geltenden Datenschutzrecht vereinbar erklärt worden. Die Mitgliedsunternehmen des GDV, die diesen Verhaltensregeln gemäß ihrem Artikel 30 beitreten, verpflichten sich damit zu deren Einhaltung.

Die Verhaltensregeln sollen den Versicherten der beigetretenen Unternehmen die Gewähr bieten, dass Datenschutz- und Sicherheitsbelange bei der Gestaltung und Bearbeitung von Produkten und Dienstleistungen berücksichtigt werden. Der GDV versichert seine Unterstützung bei diesem Anliegen. Die beigetretenen 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 beigetretenen Unternehmen sind von den Datenschutzbehörden aufgefordert, angepasst an die jeweiligen 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 beigetretenen 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 beigetretenen 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 Datenschutz- 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 beigetretenen 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. Begriffbestimmungen

Für die Verhaltensregeln gelten die Begriffsbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Darüber hinaus sind:

Unternehmen:

die diesen Verhaltensregeln beigetretenen 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 ausgegangen ist, 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, z. B. 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 Schweigepflicht-entbindungserklärung 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 Tarifikalkulation 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 GDV, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. oder andere Stellen zur Errechnung unternehmensübergreifender Statistiken oder zur Tarifikalkulation 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 sichergestellt. 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

* Die AachenMünchener Lebensversicherung AG beteiligt sich derzeit nicht am HIS.

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 Aufgaben 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 zehn Jahre kommt es in der Lebensversicherung im Leistungsbereich oder bei erneuter Einmeldung innerhalb der regulären Speicherzeit 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 GDV 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 zehn 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 Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung eingeholt.

Art. 16 Datenaustausch mit anderen Versicherern

- (1) Ein Datenaustausch zwischen einem Vorversicherer und seinem nachfolgenden Versicherer wird zur Erhebung tarifierrelevanter 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 Schadenfreiheitsklassen 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 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

me besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegen steht.

- (3) Der Datenaustausch wird dokumentiert.

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 zur Prüfung ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Erstversicherer kontrolliert.
- (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 Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (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 Artikels 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 Funktionsübertragung

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 Versicherungsfalles 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 entgegensteht. 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 selbstständigem 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 Verzeichnissverzeichnis 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 7 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. Insofern 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.

ben. 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 § 38a 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 Eingangspost – Schriftverkehr mit Kunden und Vertriebspartnern – Unterstützung beim Kundenservice
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)	– Führen von Branchenstatistiken
Informa Insurance Risk and Fraud Prevention 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	– (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	– Buchprüfung