

SICHERHEITSPOLICE

- Versicherungsbedingungen
- Allgemeine Informationen

AachenMünchener Lebensversicherung AG
AachenMünchener-Platz 1 • 52064 Aachen

Die Produkte der AachenMünchener erhalten Sie exklusiv bei der



Deutsche
Vermögensberatung
Unternehmensgruppe

www.amv.de

Träume brauchen Sicherheit.



Aachen
Münchener

Versicherungsbedingungen und Informationen für den Versicherungsnehmer

	Seite
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung	5
Besondere Bedingungen für Risiko-Lebensversicherungen mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan	17
Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen	19
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
Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung	37
Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung	44
Bedingungen für Pflegerenten-Zusatzversicherungen nach Tarif PN	51
Bedingungen für Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO	58
Informationen für den Versicherungsnehmer zur Risiko-Lebensversicherung SICHERHEITSPOLICE	61
Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)	74
Liste der Dienstleister zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungs-Erklärung	83



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 zu Versicherungsbeginn. Bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit wird eine Leistung aber nur dann fällig, wenn die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität oder Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht wird (vgl. Absatz 2).
- (2) Haben Sie den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung (BUV), einer Erwerbsunfähigkeits-Versicherung (EUV), einer Pflegerentenversicherung (PRV) oder einer Kinderinvaliditäts-Versicherung (KIV), den Einstchluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV), einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZV), einer Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZ) oder einer Pflegerenten-Zusatzversicherung (PZV) beantragt und tritt eine Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer maßgebenden Versicherungsbedingungen während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes ein, erbringen wir Leistungen nur, wenn
- a) die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht wird, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, und uns die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit innerhalb von drei Monaten nach dem erlittenen Unfall schriftlich 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) die Versicherung bzw. die Hauptversicherung einschließlich der betreffenden Zusatzversicherung zu Stande gekommen ist und zum Zeitpunkt der Anzeige der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit noch besteht.
- (3) Für unsere Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes gelten folgende Begrenzungen, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben oder wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind:
- a) Einschließlich der Leistungen aus einer Todesfall-Zusatzversicherung zahlen wir als Todesfall-Leistung höchstens 150.000 €
- b) Die Beitragsbefreiung aus der BUZV sowie EUZV 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 BUZV-Zusatztarifs I bzw. des EUZV-Zusatztarifs Y sind auf einen jährlichen Dynamik-Prozentsatz von 6 % begrenzt.
- c) Die monatliche Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Invaliditäts- oder Pflegerente beträgt einschließlich einer evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung 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 Umstände, 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, Erwerbsunfähigkeits-

Versicherung, Pflegerentenversicherung oder Kinderinvaliditäts-Versicherung oder einer mitbeantragten Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, 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) Unsere Leistungspflicht entfällt ferner, wenn der Tod, die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person verursacht ist
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse,
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
 - c) 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, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.
- (4) Weitere Einschränkungen und Ausschlüsse ergeben sich aus den Bedingungen, die gemäß § 6 Abs. 1 auch für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten.

§ 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 für die beantragte Versicherung (AVB) Anwendung, eventuell einschließlich der Bedingungen für eine mitbeantragte Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZVB), Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZVB), Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZB), Pflegerenten-Zusatzversicherung (PZVB) oder Todesfall-Zusatzversicherung (TZVB). Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.
- (2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

§ 7 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

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



Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Wann beginnt der Versicherungsschutz?	§ 3
Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	§ 4
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 5
Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen, und welche Leistungen erbringen wir bzw. welche Auswirkungen hat die Beitragsfreistellung auf unsere Leistung?	§ 6
Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	§ 7
Unter welchen Voraussetzungen kann eine Risiko-Lebensversicherung ohne Gesundheitsprüfung in eine kapitalbildende Versicherung umgetauscht werden?	§ 8
Zu welchen Anlässen können Sie die Versicherungsleistungen Ihrer Risiko-Lebensversicherung ohne Gesundheitsprüfung anpassen?	§ 9
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 10
Was gilt bei Wehr- oder Polizeidienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 11
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 12
Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	§ 13
Wo und wann erfüllen wir unsere Leistungsverpflichtungen, und wann verjähren Ihre Ansprüche?	§ 14
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 15
Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	§ 16
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 17
Wer erhält die Versicherungsleistung (Bezugsrecht, Abtretung, Verpfändung)?	§ 18
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 19
Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?	§ 20
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 21
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 22
Welche Vertragsbestimmungen können geändert werden?	§ 23

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Die Leistung, die wir erbringen, ist abhängig von dem für Ihre Versicherung vereinbarten Tarif:

Risiko-Lebensversicherung (Tarif RN)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt.

Risiko-Lebensversicherung auf zwei Leben (Tarif RNP)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn eine der beiden versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt. Auch bei Tod beider versicherten Personen wird die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal fällig.

Risiko-Lebensversicherung mit jährlich gleichmäßig fallender Todesfallsumme (Tarif RS)

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt. Die Todesfallsumme entspricht im ersten Versicherungsjahr*) der Versicherungssumme und verringert sich anschließend zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs um denselben Betrag. Dieser Betrag entspricht der Versicherungssumme geteilt durch die Anzahl der Jahre der vereinbarten Versicherungsdauer.

Risiko-Lebensversicherung mit jährlich gleichmäßig fallender Todesfallsumme auf zwei Leben (Tarif RSP)

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn eine der beiden versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt. Die Todesfallsumme entspricht im ersten Versicherungsjahr der Versicherungssumme und verringert sich anschließend zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs um denselben Betrag. Dieser Betrag entspricht der Versicherungssumme geteilt durch die Anzahl der Jahre der vereinbarten Versicherungsdauer. Auch bei Tod beider versicherten Personen wird die vereinbarte Todesfallsumme nur einmal fällig.

Risiko-Lebensversicherung mit fallender Todesfallsumme (Tarif RF)

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt. Die Höhe der Todesfallsumme im jeweiligen Versicherungsjahr können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag für eine SICHERHEITSPOLICE (nachfolgend „Antrag“ genannt) entnehmen.

Risiko-Lebensversicherung mit fallender Todesfallsumme auf zwei Leben (Tarif RFP)

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn eine der beiden versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt. Die Höhe der Todesfallsumme im jeweiligen Versicherungsjahr können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag für eine SICHERHEITSPOLICE (nachfolgend „Antrag“ genannt) entnehmen. Auch bei Tod beider versicherten Personen wird die vereinbarte Todesfallsumme nur einmal fällig.

- (2) Ist für Ihre Versicherung ein Nichtrauchertarif vereinbart, gelten folgende Regeln:

- a) Begriff des Nichtrauchers

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

- b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben, ob Sie kein Nichtraucher im Sinne von Absatz 2a, also Raucher sind. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich.

- c) Gefahrerhöhung nach Abgabe der Vertragserklärung

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn eine versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung Raucher wird, also Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeife raucht. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Abgabe der Vertragserklärung ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Ist das Leben einer anderen Person versichert, so ist auch diese – neben Ihnen – dafür verantwortlich, dass nach Abgabe der Vertragserklärung keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

Nimmt eine versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich schriftlich anzugeben.

- d) Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung bzw. einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

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

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

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

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

Leistungsminderung im Todesfall

Wurden uns gegenüber bei Antragstellung vorsätzlich falsche Angaben zur Nichtrauchereigenschaft einer versicherten Person gemacht oder wurde nach

*) 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.

Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2c vorsätzlich vorgenommen und wurde uns dies nicht unverzüglich mitgeteilt, beschränkt sich die versicherte Leistung bei Tod der versicherten Person – bzw. bei Tod der betroffenen versicherten Person, sofern bei einer Versicherung auf zwei Leben eine Leistung fällig wird – auf ein Drittel der vereinbarten Versicherungssumme (Tarif RN/RNP) bzw. der für das betreffende Versicherungsjahr maßgebenden Todesfallsumme (Tarife RS/RSP und RF/RFP). Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung bzw. die falsche Angabe über die Nichtrauchereigenschaft einer versicherten Person bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war. Wir werden uns im Fall der Gefahrerhöhung nicht auf die Leistungsverringerung berufen, wenn zwischen Gefahrerhöhung und Eintritt des Versicherungsfalles mehr als zehn Jahre vergangen sind. Bei der vorvertraglichen Falschangabe behalten wir uns ausdrücklich die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung vor.

e) Nachprüfung

Wir sind berechtigt, den Nichtraucherstatus der versicherten Person bzw. der versicherten Personen nachzuprüfen. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine medizinische Untersuchung der versicherten Person bzw. der versicherten Personen durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Kommt die versicherte Person bzw. bei Versicherungen auf zwei Leben eine der versicherten Personen unserem Verlangen nicht nach, erhöhen wir den Beitrag gemäß Absatz 2d.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Überschüsse entstehen dann, wenn Sterblichkeit und Kosten niedriger sind als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Weitere Überschüsse stammen aus Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der genannten Verordnung festgelegten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst, um das jeweils versicherte Risiko zu

berücksichtigen. Darüber hinaus haben wir teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung**) heranziehen.

c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Risiko-Lebensversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Risiko-Lebensversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den Verträgen nach dem in Absatz 4 beschriebenen Verfahren unter den dort genannten Voraussetzungen zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung der Versicherung wird der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zuguteholt und ausgezahlt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung in der Regel mit jeder Beitragszahlung Überschussanteile. 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 wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Berechnung der Deckungsrückstellung unter Berücksichtigung der hierbei angesetzten Abschlusskosten erfolgt nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Der Zinssatz für die Berechnung der Deckungsrückstellung beträgt für die gesamte Laufzeit des Vertrags jährlich garantiert 1,75 % (Rechnungszins).

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

Die Überschussbeteiligung setzt mit dem Beginn der Versicherung ein. Die laufenden Überschussanteile rechnen wir, sofern es sich nicht um eine Versicherung gegen Einmalbeitrag handelt und Ihre Versicherung nicht beitragsfrei ist, auf Ihre Beitragszahlungen an, so dass Sie statt des Tarifbeitrags nur einen grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten haben. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung wird im Verhältnis zum Tarifbeitrag (ohne den Beitrag für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen) bemessen. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag teilen wir zu Beginn jedes Versicherungsjahres laufende Überschussanteile im Verhältnis zum Einmalbeitrag (ohne den Beitrag für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen) zu; bei Versicherungen nach Tarif RS in der planmäßig beitragsfreien Zeit erfolgen die Zuteilungen im Verhältnis zum letzten Tarifbeitrag (ohne den Beitrag für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen) zu Beginn der Monate, die der früheren Beitragszahlungsweise entsprechen. Das gilt auch für Versicherungen, bei denen aufgrund einer evtl. eingeschlossenen Berufs-unfähigkeit- oder Erwerbsunfähigkeit-Zusatzversicherung während einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit die Beitragszahlungspflicht entfällt. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt. Versicherungen, zu denen die Beitragszahlung vorzeitig eingestellt wurde, erhalten keine weiteren Überschusszuteilungen auf den letzten Tarifbeitrag.

Anstelle der Anrechnung auf die Beitragszahlungen kann auch vereinbart werden, dass wir die laufenden Überschussanteile während der Beitragszahlungsdauer verzinslich ansammeln oder jährlich in Investmentfonds anlegen (fondsgebundene Überschussbeteiligung). Verzinslich angesammelte Überschussguthaben bzw. der Geldwert eines in Investmentfonds geführten Überschussguthabens (Fondsguthaben) werden bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt. Der Versicherungsnehmer kann auch vorher die Auszahlung des erreichten Guthabens verlangen.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Risiko-Lebensversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig (vgl. Absatz 1c). Voraussetzung dafür 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. Von der Hälfte der an diesem Stichtag festgestellten Bewertungsreserven wird nach einem verursachungsorientierten Verfahren der Teilbetrag ermittelt, der auf Ihren Versicherungsvertrag entfällt.

(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.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 4 Abs. 2 und § 5).

§ 4 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

Zahlungsweise

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Risiko-Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag), durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Beitragsfälligkeit

- (2) Der erste oder einmalige Beitrag (Erstbeitrag) wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags fällig, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

Dauer der Beitragszahlung

- (3) Laufende Beiträge sind bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten, längstens jedoch bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt.

Übermittlung des Beitrags

- (4) Ihr Beitrag ist rechtzeitig gezahlt, wenn Sie fristgerecht (vgl. Absatz 2 und § 5 Abs. 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Haben Sie uns eine Einzugsermächtigung für die Beiträge erteilt, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Die Gefahr und die Kosten für die Übermittlung des Beitrags tragen Sie.

Verrechnung von Beitragsrückständen

- (5) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§ 5 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. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- (2) Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch grundsätzlich, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Texform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 6 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen, und welche Leistungen erbringen wir bzw. welche Auswirkungen hat die Beitragsfreistellung auf unsere Leistung?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit in Schriftform (d. h. durch ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück) kündigen
- bei beitragspflichtigen Versicherungen zum Schluss einer Versicherungsperiode (siehe § 4 Absatz 1 Satz 2) und
 - bei beitragsfreien Versicherungen sowie bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag zum Schluss eines jeden Monats.

Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme mindestens 2.500 € (beitragspflichtige Mindest-Versicherungssumme) und der verbleibende Tarifbeitrag pro Versicherungsperiode mindestens 5 € (Mindestbeitrag) beträgt. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

Auszahlungsbetrag

- (2) Wir zahlen nach Kündigung den
- Rückkaufswert (Absatz 3 und 5),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 4),
 - erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 6).

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

Rückkaufswert

- (3) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den gemäß Absatz 1 maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungskapital der Versicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der ange setzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Vertragsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Vertragsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 7 Absatz 2 Satz 4).

Abzug

- (4) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt 60 €. Sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherung handelt, kommt zu diesem Abzug ein Betrag im Verhältnis zur jeweiligen Todesfallsumme hinzu; seine Höhe finden Sie im Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsauf-

wand ausgeglichen wird; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

- (5) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 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.

Überschussbeteiligung

- (6) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus
- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugewiesenen, verzinslich angesammelten oder in Investmentfonds angelegten Überschussanteilen, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Betrag enthalten sind, und
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 2 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

- (7) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Da in der Anfangszeit die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Todesfallrisikos und der Kosten für Abschluss und Vertrieb (vgl. § 7) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobräge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Keine Beitragsrückzahlung

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

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (9) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine in Schriftform (d. h. durch ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück) verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Termin der Beitragsfreistellung und
- unter Zugrundelegung des um den Abzug nach Absatz 10 verminderten Rückkaufswertes nach Absatz 3

Der für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Betrag mindert sich gegebenenfalls um rückständige Beiträge. Wird eine Versicherung nach Tarif RS, RSP, RF oder RFP durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfrei gestellt, ist die Todes-

fallsumme während der restlichen Versicherungsdauer konstant und entspricht der beitragsfreien Versicherungssumme.

Abzug

- (10) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 9 für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung stehenden Betrag. Der Abzug wird im Verhältnis zur jeweiligenbisherigen Todesfallsumme bemessen; seine Höhe finden Sie im Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertengenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Hinweis

- (11) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Da in der Anfangszeit die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Todesfallrisikos und der Kosten für Abschluss und Vertrieb (vgl. § 7) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Mindestbetrag für die beitragsfreie Versicherungssumme

- (12) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 9 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 1.000 € (beitragsfreie Mindest-Versicherungssumme) nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach Absatz 2 und der Vertrag endet.

Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die herabgesetzte Versicherungssumme die beitragspflichtige Mindest-Versicherungssumme von 2.500 € erreicht und der Tarifbeitrag mindestens 5 € je Versicherungsperiode beträgt. Andernfalls können Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangen. Dieser Antrag führt zur beitragsfreien Fortsetzung der Versicherung, sofern die beitragsfreie Mindest-Versicherungssumme von 1.000 € erreicht wird.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

- (13) Sie können innerhalb von 24 Monaten – bei einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente oder Kinderinvaliditäts- sowie Pflegerentenzusatzversicherung innerhalb von sechs Monaten, jedoch bei vorheriger Beitragsstundung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit innerhalb von zwölf Monaten – nach Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung schriftlich verlangen, dass durch die Wiederaufnahme der entsprechenden Beitragszahlung die versicherten Leistungen bis zur Höhe des vor der Beitragsfreistellung maßgebenden Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung aufgestockt werden. Die beitragsfreie Zeit muss durch eine Nachzahlung der Beiträge (auf Wunsch auch in Raten) ausgeglichen werden. Stattdessen können mit Ihrer Zustimmung auch die versicherten Leistungen herabgesetzt werden oder Sie können höhe-

re laufende Beiträge zahlen. Die höheren laufenden Beiträge bzw. die reduzierten Leistungen richten sich nach den bei Abschluss Ihrer Versicherung maßgebenden Tarifregelungen. Die Auswirkungen teilen wir Ihnen auf Wunsch vorab mit.

Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit oder Bundesfreiwilligendienst

- (14) Sie haben das Recht, Ihren Vertrag unabhängig von den in Absatz 9 bzw. 1 sowie 13 genannten Terminen bis zu zwölf Monate befristet beitragsfrei zu stellen, sofern Sie als Versicherungsnehmer
- bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind bzw. durch eine Umschulung oder Arbeitsbeschaffungsmaßnahme der Bundesagentur gefördert werden (laut Bescheinigung der zuständigen Arbeitsagentur) oder
 - einen Bundesfreiwilligendienst ausüben (laut Bescheinigung des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Angelegenheiten).

Beitragsfreistellung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit

- (15) Sie haben das Recht, Ihren Vertrag unabhängig von den in Absatz 9 bzw. 1 sowie 13 genannten Terminen bis zu 36 Monate befristet beitragsfrei zu stellen, sofern Sie als Versicherungsnehmer sich im Mutterschutz befinden oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nehmen (laut Bescheinigung des Arbeitgebers).

Rahmenbedingungen für die Beitragsfreistellung gemäß Abs. 14 und 15

- (16) Für den Fall, dass eine andere Person für Sie die Beitragszahlung übernommen hat, haben Sie das Recht auf Beitragsfreistellung gemäß Absatz 14 und 15 auch dann, wenn der Beitragszahler als arbeitslos gemeldet ist, einen Bundesfreiwilligendienst ausübt, sich in Mutterschutz befindet oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nimmt.
- (17) Nach Ablauf der beitragsfreien Zeit wird der Vertrag wieder automatisch beitragspflichtig fortgesetzt. Die sonstigen Regelungen der Absätze 9 und 13 bleiben unberührt. Den Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsfreistellung müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.

§ 7 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Die übrigen Kosten entfallen auf Service und Verwaltung. Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten 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 eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten 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 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur Mindestwerte für einen Rückkaufwert oder zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (siehe § 6). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und beitragsfreien Versicherungssummen können Sie den jeweiligen Tabellen im Antrag entnehmen.

§ 8 Unter welchen Voraussetzungen kann eine Risiko-Lebensversicherung ohne Gesundheitsprüfung in eine kapitalbildende Versicherung umgetauscht werden?

- (1) Eine Risiko-Lebensversicherung können Sie innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre jederzeit, ansonsten bis fünf Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer, ohne erneute Gesundheitsprüfung ganz oder teilweise in eine kapitalbildende Versicherung auf das Leben der versicherten Person (Kapital-Lebensversicherung oder Rentenversicherung) mit gleicher oder geringerer Todesfall-Leistung umtauschen. Entscheidend ist die jeweilige Todesfall-Leistung zum Umtauschzeitpunkt. Eine Risiko-Lebensversicherung auf zwei Leben kann in zwei kapitalbildende Versicherungen auf jeweils ein Leben umgetauscht werden. In diesem Fall darf die Summe der Todesfall-Leistungen dieser neuen Versicherungen die Todesfall-Leistung der Risiko-Lebensversicherung zum Umtauschzeitpunkt nicht übersteigen. Maßgebend sind die zum Umtauschzeitpunkt für Neuabschlüsse geltenden Tarife der kapitalbildenden Versicherung und ihrer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherungen einschließlich der Versicherungsbedingungen.
- (2) Soll bei Umtausch der Risiko-Lebensversicherung eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts-, Pflegerenten- bzw. Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung in die neu zu bildende Versicherung eingeschlossen werden, ist dies ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich, wenn
 - bereits bei der Risiko-Lebensversicherung eine entsprechende Zusatzversicherung für die zu versichernde Person eingeschlossen ist,
 - die versicherte Person zum Umtauschzeitpunkt nicht bereits berufsunfähig, erwerbsunfähig, invalide bzw. pflegebedürftig ist,
 - die Summe aus neuer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente und neuem Beitrag für die Hauptversicherung die bisherige Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente, jeweils bezogen auf ein Jahr, nicht übersteigt bzw. bei den übrigen Zusatzversicherungen die versicherten Leistungen nicht erhöht werden und
 - die Versicherungsdauer der neuen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. Invaliditätsrente nicht über die restliche Versicherungsdauer der bisherigen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. Invaliditätsrente hinausgeht; bei der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung muss die neue Versicherungsdauer mit der restlichen Versicherungsdauer der bisherigen Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung übereinstimmen.

Ansonsten ist der Einschluss einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts-, Pflegerenten- oder Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung in die neue Versicherung vom Ergebnis einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig.

§ 9 Zu welchen Anlässen können Sie die Versicherungsleistungen Ihrer Risiko-Lebensversicherung ohne Gesundheitsprüfung anpassen?

Anpassungsgarantie für natürliche Personen als Versicherungsnehmer

- (1) Sofern nach Vertragsbeginn eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse für die versicherte Person eintritt, haben Sie innerhalb von sechs Monaten ab diesem Zeitpunkt das Recht, die bei Vertragsabschluss vereinbarten Versicherungsleistungen ohne (erneute) Gesundheitsprüfung gegen entsprechende Beitragszahlung zu erhöhen:
 - Erreichen der Volljährigkeit
 - Erstmalige Aufnahme einer Berufstätigkeit (einschließlich Beginn einer Berufsausbildung)
 - Abschluss der Berufsausbildung (einschließlich abgelegtem Hochschlexamen oder abgelegter Meisterprüfung)
 - Aufnahme einer selbstständigen hauptberuflichen Tätigkeit
 - Reduzierung oder Wegfall einer betrieblichen Altersversorgung zu Gunsten der versicherten Person
 - 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
 - Geburt eines Kindes
 - Adoption eines Kindes
 - Baubeginn oder Kauf einer Wohnimmobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehepartner bzw. eingetragenen Lebenspartner

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

Unabhängig von den oben beschriebenen Ereignissen haben Sie – vorbehaltlich der Einschränkung in den Absätzen 4 und 5 – alle fünf Jahre ab dem Versicherungsbeginn das Recht, zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel eine Todesfall-Leistung von bis zu 25.000 € ohne Gesundheitsprüfung gegen entsprechende Beitragszahlung zu versichern.

Bei einer Versicherung nach einem Tarif auf zwei Leben (Tarif RNP, RSP und RFP) besteht eine erweiterte Anpassungsgarantie: Innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung durch Tod einer der beiden versicherten Personen kann für die überlebende versicherte Person eine neue Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden.

Wird mit einer Versicherung nach Tarif RF oder RFP die Rückzahlung eines Immobiliendarlehens der versicherten Person für den Todesfall abgesichert, treten für dieses Darlehen infolge Auslaufen der bisherigen Zinsfest-schreibungsfrist geänderte Rückzahlungskonditionen in Kraft und führen diese zu einem künftig langsameren Rückgang der jeweiligen Darlehens-Restschuld, besteht eine erweiterte Anpassungsgarantie in folgender Form: Innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der geänderten Rückzahlungskonditionen kann für die versicherte Person eine zusätzliche Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden. Das Vorliegen der Voraussetzungen müssen Sie uns durch einen geeigneten Nachweis belegen.

- (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 oder
 - aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person beantragt oder erbracht werden bzw. wurden.

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 entsprechend Ihrer Wahl. Die neue Versicherung wird für dieselbe versicherte Person wie bei der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen, wobei die Versicherungsdauer bzw. – bei Rentenversicherungen – die Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung bzw. – bei Tarifen mit Recht auf Teilrenten – die Dauer bis zum Beginn der Hauptrente sowie die Beitragszahlungsdauer 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 (§ 10) 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.

Versicherung einer Todesfall-Leistung

- (4) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse kann – sofern kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist – eine Todesfall-Leistung in Höhe der anfänglichen Todesfall-Leistung, höchstens jedoch in Höhe von 75.000 €, in jedem Fall aber in Höhe von 25.000 € versichert werden.
- (5) 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 €.

Erhöhung des Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitschutzes

- (6) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV) oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZV) zur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person eingeschlossen, kann eine solche BUZV (bei eingeschlossener BUZV) oder EUZV (bei eingeschlossener EUZV) auch in die Leistungsanpassung einbezogen werden. Darüber hinaus kann – zusätzlich zu der

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit –, 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 (bei eingeschlossener BUZV) bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente (bei eingeschlossener EUZV) (mit)versichert bzw. eine bestehende Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente – auch für sich alleine – erhöht werden. Die Erhöhung der jährlichen Versicherungsleistung aus der BUZV bzw. EUZV beträgt dabei maximal 3.600 €, innerhalb von fünf Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €. Bei den vorgenannten Höchstsummen werden als Versicherungsleistung aus der BUZV bzw. EUZV die hinzukommende jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente und zusätzlich der jeweils aus Erhöhungen resultierende, auf die Hauptversicherung und die übrigen Zusatzversicherungen entfallende Beitrag für ein Jahr sowie eine evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung bei der BUZV bzw. EUZV angerechnet. Ferner werden die hinzukommenden Versicherungsleistungen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit angerechnet.

- (7) Das Recht auf Erhöhung der Leistungen aus der BUZV oder EUZV besteht nicht bzw. erlischt, wenn die versicherte Person berufsunfähig bzw. erwerbsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist. Das Recht zur Einbeziehung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente besteht ferner auch dann nicht bzw. erlischt, wenn die jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente (einschließlich einer evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung) aus allen bestehenden und gleichzeitig beantragten Versicherungen bei unserer Gesellschaft mehr als 24.000 € beträgt. Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten werden hierbei addiert.

Umtausch der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung

- (8) Unabhängig von den in Absatz 1 beschriebenen Ereignissen haben Sie – vorbehaltlich von Absatz 2 – als besondere Form der Anpassungsgarantie zum fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns sowie bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums durch die versicherte Person das Recht, eine Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen entsprechende Beitragszahlung in eine im Rahmen unserer Produktpalette verfügbare Berufsunfähigkeitsabsicherung (selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung) auf das Leben der versicherten Person mit gleicher oder geringerer künftiger Rente (einschließlich einer evtl. Beitragsbefreiungsrente für die Hauptversicherung) und gleicher oder geringerer restlicher Versicherungs- und Leistungsdauer umzutauschen. Bei Zusatztarif RS der Zusatzversicherung ist die Höhe der Rente ab dem 6. Versicherungsjahr maßgebend. Für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Den Umtausch können Sie spätestens einen Monat vor dem fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns bzw. spätestens innerhalb von drei Monaten nach der erstmaligen Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums durch die versicherte Person beantragen. Als Voraussetzung für den Umtausch bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums ist zusammen mit dem Antrag auf Umtausch ein geeigneter Nachweis vorzulegen. Der Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung richtet sich u. a. nach dem zum Umtauschzeitpunkt ausgeübten Beruf. Mit dem Umtausch

erlischt die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Maßgebend ist der zum Umtauschzeitpunkt für Neuabschlüsse geltende Tarif der selbstständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung einschließlich der dazugehörigen Versicherungsbedingungen. Als berufliche Tätigkeit im Sinne von Satz 1 gelten auch eine Berufsausbildung sowie eine selbstständige Tätigkeit. Nicht als berufliche Tätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen. Hätten wir der versicherten Person bei Vertragsabschluss der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung aus gesundheitlichen Gründen keinen Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit bieten können oder übt die versicherte Person zum vorgesehenen Umtauschzeitpunkt einen im Rahmen unserer Berufsunfähigkeitsabsicherung nicht versicherbaren Beruf aus, ist der Umtausch nicht möglich. Voraussetzung für den Umtausch ist ferner, dass die versicherte Person zum Umtauschzeitpunkt nicht berufsunfähig ist.

Erhöhung der Pflegerente

- (9) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie unabhängig davon alle fünf Jahre ab Versicherungsbeginn zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel kann – sofern in Ihrer Versicherung eine Pflegerenten-Zusatzversicherung (PZV) eingeschlossen ist, sofern kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist – eine vom Leistungsumfang her gleichartige Pflegerente im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten (mit)versichert werden bzw. kann die bestehende Pflegerente – auch für sich alleine – erhöht werden. Die Erhöhung der jährlichen Pflegerente beträgt dabei maximal 3.600 €, innerhalb von fünf Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €.
- (10) Das Recht auf Erhöhung der Pflegerente besteht nicht bzw. erlischt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung ist. Das Recht zur Erhöhung der Pflegerente besteht ferner auch dann nicht bzw. erlischt, wenn die jährliche Pflegerente aus allen bestehenden und gleichzeitig beantragten Versicherungen bei unserer Gesellschaft mehr als 24.000 € beträgt.

Erhöhung der Pflegerentenoption

- (11) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie unabhängig davon alle fünf Jahre ab Versicherungsbeginn zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel kann – sofern in Ihrer Versicherung eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, kein Ausschlussgrund vorliegt, die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist und die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist – die maximal zu versichernde monatliche Pflegerente (Pflegerentenanwartschaft) erhöht werden. Dadurch erhöht sich der Betrag der Rente, bis zu dem zu dem im Antrag bzw. im Versicherungsschein genannten Termin (Optionstermin) für die versicherte Person eine Pflegerentenversicherung gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden kann, also unabhängig vom Gesundheitszustand der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt. Die Erhöhung des Jahresbetrags der ohne Gesundheitsprüfung versicherbaren Rente beträgt dabei maximal 3.600 €, innerhalb von fünf Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beeinträchtigungen sowie zum Rauchverhalten.

gen und Beeinträchtigungen sowie zum Rauchverhalten.

- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

- (4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert (§ 6). Die Regelung des § 6 Abs. 3 Satz 2 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 6 Abs. 9 bis 12).

Vertragsanpassung

- (9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- (11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen ha-

ben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntnisserlangung angeben.

- (12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Ferner verzichten wir auf unser Kündigungs- und Vertragsanpassungsrecht, 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.
- (13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

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

§ 11 Was gilt bei Wehr- oder Polizeidienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen-/Stoffen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.
- (2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht aller-

dings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes der Versicherung (§ 6). Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, 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) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes der Versicherung (§ 6), sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 12 Was gilt bei Selbstdtötung der versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbstdtötung der versicherten Person leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbstdtötung der versicherten Person vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistesstätigkeit begangen worden ist, der die freie Willensbestimmung ausschließt. Andernfalls zahlen wir – soweit entstanden – den für den Todestag berechneten Rückkaufswert gemäß § 6.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Absatz 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

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

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins.
- (2) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzugeben. Neben dem Versicherungsschein ist uns eine beglaubigte Kopie der amtlichen Sterbeurkunde einzureichen, ferner ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.
- (3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

§ 14 Wo und wann erfüllen wir unsere Leistungsverpflichtungen, und wann verjähren Ihre Ansprüche?

- (1) Erfüllungsort für die Leistung ist der Sitz unserer Gesellschaft in Aachen oder unserer jeweiligen Kundenservice-Direktion. Unsere Leistungsverpflichtung ist rechtzeitig erfüllt, wenn wir die Leistung nach Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen und Abschluss unserer Prüfung an den Empfangsberechtigten überweisen. Die Kosten der Überweisung trägt der Empfangsberechtigte; die Gefahr tragen wir, außer bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes.
- (2) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
- (3) Haben wir die verlangte Leistung abgelehnt, können sie Ihre Ansprüche gerichtlich geltend machen (vgl. § 22). Erfolgt dies innerhalb der Verjährungsfrist gemäß Absatz 2, wird dadurch die Verjährung gehemmt.

§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber auch verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 18 Abs. 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

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

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Wohnung senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 17 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

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

§ 18 Wer erhält die Versicherungsleistung (Bezugsrecht, Abtretung, Verpfändung)?

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalls die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen (vgl. auch Absatz 4).
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ih-

re Erklärung erhalten haben und wir Ihnen schriftlich bestätigt haben, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

- (3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Bezugsrechtsverfügungen werden ferner nur dann wirksam, wenn sie uns bis zum Eintritt des Versicherungsfalles zugehen. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie z. B. bereits vorher Verfügungen (Abtretungen, Verpfändungen, unwiderrufliches Bezugsrecht) vorgenommen haben.

§ 19 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei
 - schriftlicher Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
 - Verzug mit Beiträgen
 - Rückläufern im Lastschriftverfahren
 - Durchführung von Vertragsänderungen
 - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen.

§ 13 Abs. 3 bleibt unberührt.

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

- (2) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzten Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 20 Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?

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

§ 21 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 22 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Geschäftssitz in Aachen oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Kundenservice-Direktion. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk er zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz

oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- (2) Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach seinem Sitz oder seiner Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 23 Welche Vertragsbestimmungen können geändert werden?

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

Anhang der AVB zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem bei Vertragsschluss eine garantierter Leistung im Todesfall fest zugesagt wird. Daneben übernehmen wir – je nach Vereinbarung – weitere Risiken, zum Beispiel im Rahmen von Zusatzversicherungen. Wir dürfen diese Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

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

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

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

Ausgleich für Verwaltungsaufwand

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

Veränderungen der Risikolage

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

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

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

Besondere Bedingungen für Risiko-Lebensversicherungen mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Risiko-Lebensversicherungen nach Tarif RN und Tarif RNP mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung (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 Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit?	§ 6

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

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

ten wir uns vor, weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente vom Ergebnis einer wirtschaftlichen Angemessenheitsprüfung abhängig zu machen. Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten werden hierbei addiert.

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

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung (Nachtrag zu Ihrer Versicherung). Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.
- (3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt zwei Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer, spätestens jedoch zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Geburtstag am nächsten liegt, an dem die versicherte Person – bei Tarif RNP die ältere der beiden versicherten Personen – das 65. Lebensjahr vollendet.
- (4) Ist eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden ihre Versicherungsleistungen längstens bis zum für die Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöht (vgl. § 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, behal-

(5) Ist eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden ihre Versicherungsleistungen längstens bis zu dem für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöht. Ferner erfolgen keine weiteren Erhöhungen zur Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung, wenn die monatliche Invaliditätsrente den Betrag von 2.000 € erstmals erreicht oder überschritten hat. In diesem Fall bezieht sich der Erhöhungs-Prozentsatz gemäß § 1 Abs. 1 nur auf den Beitrag des Vorjahres für die Hauptversicherung. Wird die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung nach dem Tod der versicherten Person der Hauptversicherung alleine fortgeführt, erfolgen keine weiteren Erhöhungen zur Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung.

(6) Ist eine Pflegerenten-Zusatzversicherung oder eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf späteren Abschluss einer Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung eingeschlossen, erfolgen keine weiteren Erhöhungen zu dieser jeweiligen Zusatzversicherung, wenn die jährliche Pflegerente bzw. – bei der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung – die durch Ausüben der Option zu erwerbende jährliche Pflegerentenanwartschaft 50 % der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (West) erreicht oder überschritten hat. In diesem Fall bezieht sich der Erhöhungs-Prozentsatz gemäß § 1 Abs. 1 nur auf den Beitrag des Vorjahres ohne Beitrag für diese jeweilige Zusatzversicherung. Zu dieser Zusatzversicherung erfolgen erst dann weitere Erhöhungen, wenn durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die versicherte jährliche Rente (wieder) bzw. – beider Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung – die erwerbbare Rentenanwartschaft unter der oben genannten Grenze liegt. Für Dynamiker-

höhungen in den Monaten Januar bis März gilt als Bezugsgröße die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung des Vorjahres.

§ 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 Versicherungsdauer bzw. Beitragszahlungsdauer gleich der Restlaufzeit bzw. restlichen Beitragszahlungsdauer der Grundversicherung ist (vgl. § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung).
- (2) Ist eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erstreckt sich der Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung auch auf die Erhöhungsbeiträge. Ist gleichzeitig eine Berufsunfähigkeits- bzw. eine Erwerbsunfähigkeitsrente mitversichert, so erhöht sich diese im selben Verhältnis wie die Versicherungssumme der Hauptversicherung.
- (3) Ist eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung eingeschlossen, so erhöht sich die versicherte Invaliditätsrente im selben Verhältnis wie die Versicherungssumme der Hauptversicherung, allerdings längstens bis zu dem in § 2 Abs. 5 genannten Zeitpunkt.
- (4) Ist eine Pflegerenten-Zusatzversicherung oder eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung eingeschlossen, so erhöht sich die versicherte Pflegerente aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung bzw. die erwerbbare Pflegerentenanwartschaft aus der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung – vorbehaltlich von § 2 Abs. 6 – im selben Verhältnis wie die Versicherungssumme der Hauptversicherung. Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen einer Pflegerenten-Zusatzversicherung oder einer Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf späteren Abschluss einer Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung werden wir die gleichen Pflegefallwahrscheinlichkeiten sowie die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden Pflegerentenversicherungen ansetzen.
- (5) Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die garantierten Rückkaufswerte und die garantierten beitragsfreien Versicherungssummen 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.
- (6) Die Bestimmungen zur Berechnung der Versicherungsleistungen in Absatz 1 können für künftige Dynamikerhöhungen geändert werden, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und die sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen über Änderungsvorbehalte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unberührt.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversiche-

rung (AVB) sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhungsversicherungen. Entsprechende Anwendung finden die Bestimmungen der Grundversicherung in § 2 AVB (Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?) und § 7 AVB (Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?).

- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen von § 10 Abs. 13 AVB (Verletzung der Anzeigepflicht) und § 12 AVB (Selbsttötung) nicht erneut in Lauf.
- (3) Bei einer Erhöhungsversicherung, in der eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Tarif RS eingeschlossen ist, ist der Zeitpunkt, zu dem sich die versicherte Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente 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 Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente zu diesem Termin abweichend von § 3 Abs. 2 nicht im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssumme der Hauptversicherung, sondern entsprechend verringert. Nach diesem Termin werden weitere Erhöhungen nach dem Dynamikplan mit einer jeweils konstanten versicherten Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente durchgeführt.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) 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.
- (4) Ist in Ihrer Versicherung eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden zu dieser keine Erhöhungen durchgeführt, solange Ihre Beitragszahlungspflicht zur Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung wegen Invalidität der versicherten Person entfällt.
- (5) Ist in Ihrer Versicherung eine Pflegerenten-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden zu dieser keine Erhöhungen durchgeführt, solange Ihre Beitragszahlungspflicht zur Pflegerenten-Zusatzversicherung wegen Zahlung einer Pflegerente entfällt.

§ 6 Was gilt bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit?

Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen auch dann Erhöhungen, wenn wir die Beitragszahlung wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit 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- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung unverändert fortbesteht. Eine laufende Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente wird während einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung – aber nicht erhöht.

Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

im Rahmen der Überschussbeteiligung bieten wir Ihnen Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Anlagestock/Anlagestöcke) entsprechend der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung. Die Anlagestöcke werden gesondert von unserem sonstigen Vermögen überwiegend in Wertpapieren (Fondsanteile) angelegt und in Anteileinheiten aufgeteilt. Eine Übersicht über die zur Verfügung stehenden Fonds finden Sie in den Informationen für den Versicherungsnehmer.

Inhaltsverzeichnis

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

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

- (1) Die jährlichen Überschussanteile, die Ihrer Versicherung zugeteilt werden (§ 2 Abs. 3 AVB), rechnen wir entsprechend der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung in Anteileinheiten der zugehörigen Anlagestöcke der einzelnen Fonds um, soweit und solange diese angeboten werden. Hierbei legen wir die am letzten Stichtag vor der jeweiligen Fälligkeit festgestellten Werte der Anteileinheiten zugrunde. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Die in Anteileinheiten umzurechnenden Überschussanteile bezeichnen wir als Anlagebeträge, die Ihrer Versicherung aus der Überschussbeteiligung zugeteilten Anteileinheiten als Überschussguthaben (Fondsguthaben) Ihrer Versicherung; dieses ist untergliedert in Teil-Fondsguthaben entsprechend Ihrer Wahl der zugrunde liegenden Anlagestöcke.
- (2) Als Stichtag gilt der letzte Börsentag des betreffenden Monats.
- (3) Der Wert einer Anteileinheit pro Anlagestock richtet sich nach der Wertentwicklung des entsprechenden Anlagestocks. Den Wert einer Anteileinheit ermitteln wir dadurch, dass der gesamte Geldwert des Anlagestocks am jeweiligen Stichtag durch die Anzahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Anteileinheiten des Anlagestocks geteilt wird. Investmentfondsanteile werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt.
- (4) Die von den Fondsgesellschaften ausgeschütteten Erträge aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten fließen unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu und ergeben damit zusätzliche Anteileinheiten. Diese schreiben wir den einzelnen Versicherungen im Verhältnis ihrer jeweiligen Fondsguthaben gut.

- (5) Den Geldwert des Fondsguthabens einer Versicherung ermitteln wir dadurch, dass die Anzahl der hierauf entfallenden Anteileinheiten mit dem zum Stichtag des Vormonats ermittelten Wert einer Anteileinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird; § 2 Abs. 3 bleibt unberührt.
- (6) Endet Ihre Versicherung durch Ablauf oder Kündigung, legen wir zur Ermittlung des Geldwertes des Fondsguthabens den Stichtag des letzten Versicherungsmonats zugrunde. Ist der Wert des Fondsguthabens im Todesfall zu ermitteln, wird der Stichtag des Monats herangezogen, der diesem Zeitpunkt vorangegangen ist. In jedem dieser Fälle behalten wir uns jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, nachdem wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (7) Vertragliche Leistungen aus der Überschussbeteiligung erbringen wir in Geld. Auf Antrag des Bezugsberechtigten erbringen wir diese bis zur Höhe des Fondsguthabens in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagestöcke.
- (8) Da die Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke nicht vorauszusehen ist, können wir einen bestimmten Geldwert der sich hieraus ergebenden Leistungen nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der Wertpapiere der Anlagestöcke einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass der Wert des Fondsguthabens je nach Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke höher oder niedriger ausfallen wird.

§ 2 Können Sie die Aufteilung der Anlagebeträge (Anlagesplitting) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel), und welche Gebühren werden hierfür erhoben?

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

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

- (1) Beabsichtigt eine Fondsgesellschaft einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds zu schließen und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilscheinen eines Fonds auf Dauer einzustellen und kündigt sie dies vorher an, werden wir Sie hierüber sowie über den geplanten Termin mindestens vier Wochen vorher schriftlich informieren und Sie bitten, einen Ersatzfonds für eine kostenlose Anpassung des Anlagesplittings und einen Fondswechsel im Sinne von § 2 Abs. 1 und 2 festzulegen. Erhalten wir vor dem Termin, zu dem die Fondsgesellschaft die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilscheinen einstellt, von Ihnen keine Nachricht, werden wir gemäß nachstehendem Absatz 2 verfahren.
- (2) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds schließt und/oder die Ausgabe bzw. Rücknahme von Anteilscheinen eines Fonds einstellt, ohne dies vorher anzukündigen, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds nach billigem Ermessen durch einen anderen möglichst gleichartigen, dem bisherigen Anlageprofil entsprechenden Fonds zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall einer kurzfristigen Ankündigung, so dass eine vorherige Information nach Absatz 1 nicht mehr rechtzeitig möglich ist.
- (3) Die Ersetzung des Fonds gemäß Absatz 1 und 2 ist für Sie kostenlos. Der neue Fonds in Ihrem Vertrag wird sowohl für die Umrechnung künftiger Anlagebeträge (Änderung des Anlagesplittings) als auch für die notwendige Umschichtung der Anteileinheiten des Fondsguthabens des betroffenen Fonds (Fondswechsel) verwendet. Den neuen Fonds und den Stichtag der Umschichtung werden wir Ihnen schriftlich mitteilen.
- (4) Sie können stattdessen innerhalb von vier Wochen nach Erhalt unseres Schreibens kostenlos einen anderen Fondswechsel gemäß § 2 Abs. 2 sowie eine andere Anpassung des Anlagesplittings gemäß § 2 Abs. 1 vornehmen.
- (5) Wir behalten uns in jedem Fall jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens des zu ersetzenen Fonds erst dann zu ermitteln und einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände des betreffenden Anlagestocks an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (6) Sofern und solange nach der Schließung eines Fonds oder der Einstellung der Ausgabe von Anteilscheinen eines Fonds keine Änderung des Anlagesplittings gemäß Absatz 1 oder 2 vorgenommen wurde können wir die auf den betreffenden Fonds entfallenden Anlagebeträge gemäß § 1 Abs. 1 sowie evtl. Ertragsausschüttungen der Fondsgesellschaften gemäß § 1 Abs. 4 mit dem zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden Zinssatz für die Berechnung der garantierten Deckungsrückstellung neu abzuschließender Versicherungsverträge verzinslich anzurechnen.
- (7) Über sonstige Veränderungen bei den Investmentfonds, wie beispielsweise Änderungen des Fondsnamens, werden wir Sie im Rahmen unserer jährlichen Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung unterrichten.
- (8) Außer bei den in Absatz 1 und 2 genannten Anlässen werden wir Fondswechsel auf unsere Initiative hin nicht durchführen.

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

- (1) Sie können durch schriftliche Erklärung mit Frist von einem Monat zum Monatsende von der fondsgebundenen Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung in die Verwendungsform „verzinsliche Ansammlung“ der Überschussanteile wechseln.
- (2) In diesem Fall wird das vorhandene Fondsguthaben nicht mehr in Anteileinheiten der Anlagestöcke geführt, sondern in unserem übrigen Vermögen angelegt und verzinst. Dazu wird der Geldwert des vorhandenen Fondsguthabens ermittelt, indem die Anzahl der hierauf entfallenden Anteileinheiten mit dem zum Stichtag des Monats des Wechsels ermittelten Wert einer Anteileinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird.

Wir behalten uns jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, nachdem wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.

- (3) Ferner werden die künftigen auf Ihre Versicherung entfallenden jährlichen Überschussanteile (§ 2 Abs. 3 AVB) nicht mehr gemäß § 1 dieser Besonderen Bedingungen in Anteileinheiten umgerechnet, sondern stattdessen verzinslich angesammelt.
- (4) Statt dieser „Besonderen Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen“ gelten dann die Regelungen zur verzinslichen Ansammlung der Überschussanteile in § 2 Abs. 3 AVB.



Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Wann stellen wir unsere Berufsunfähigkeitsleistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen 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 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 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) 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 höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Bei Nicht-Selbstständigen gilt eine Einkommensreduzierung von 20 % und mehr jedoch in jedem Fall als nicht zumutbar.

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

Eine Umorganisation ist angemessen, wenn

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

- (5) 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 drei 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 Trinkgefäß – 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 Bettenschüssel 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 Punktetafel 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:

- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen (Zusatztarif I);
- Zahlung der jeweils vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist (Zusatztarif R oder RS). Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Wir bieten Ihnen darüber hinaus eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten an.

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. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente (Zusatztarif R, RS) wird während einer Berufsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen auf Grund der Überschussbeteiligung (vgl. § 11) – aber nicht erhöht.

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- 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.
- Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt schriftlich 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.
- Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die

Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag 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 24 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?

- Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist
 - unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - 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;
 - 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;
 - durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - 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;
 - 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 Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

- (1) Werden Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, zu geben und Nachweise vorzulegen:
 - a) eine Darstellung über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie vorhandene ärztliche Befundberichte;
 - b) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person und der inzwischen eingetretenen Veränderungen mit Einkommensnachweisen;
 - c) eine Darstellung der durch Ausbildung und Erfahrung bisher erlangten beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der versicherten Person sowie Zeugnisse;
 - d) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit 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, 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 sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.
- (2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aus-

sprechen. 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-, Um-schulungs- 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 Berufsunfähigkeitsleistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen 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 fruestens 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 5 nicht anwenden.
- (3) Eine Besserung des Gesundheitszustandes oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit muss uns unverzüglich 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 insbesondere erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 1 Abs. 4 a) ausübt bzw. – falls § 1 Abs. 5 maßgebend ist – eine Tätigkeit im Sinne von § 1 Abs. 5 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 Anspruchhabenden 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 auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beiträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Darüber hinaus haben wir teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird die Höhe der Über-

schussbeteiligung maßgeblich von der Entwicklung der Berufsunfähigkeitsfälle beeinflusst. In einzelnen Jahren kann deshalb auf Grund eines ungünstigen Risikoverlaufs eine Zuteilung von Überschüssen entfallen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beiträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den Verträgen nach dem in Absatz 4 beschriebenen Verfahren unter den dort genannten Voraussetzungen zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gehört der selben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung Überschussanteile. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahrs finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

- a) Beitragsanrechnung

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

Zusätzlich gilt:

b) 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 und in der auf Grund gegenüber der Versicherungsdauer abgekürzter Beitragszahlungsdauer keine Beitragszahlungspflicht bestand, im Verhältnis zu dem auf den Zusatztarif I bzw. zu dem auf den Zusatztarif R entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr 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.

c) Laufende Berufsunfähigkeitsrente

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

d) 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. Voraussetzung dafür 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. Von der Hälfte der an diesem Stichtag festgestellten Bewertungsreserven wird nach einem verursachungsorientierten Verfahren der Teilbetrag ermittelt, der auf Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung entfällt. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (vgl. Absatz 3b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre 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.

§ 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) Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise erlischt, erlischt entsprechend der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für künftige Versicherungsfälle. Bei Rentenversicherungen erlischt der Versicherungsschutz für künftige Berufsunfähigkeitsfälle spätestens mit dem Beginn der Rentenzahlung der Hauptversicherung. Absatz 17 bleibt unberührt.

Kündigung der Zusatzversicherung

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

Auszahlungsbetrag

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

Rückkaufswert

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

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Berechnung der Deckungsrückstellung unter Berücksichtigung der hierbei angesetzten Abschlusskosten erfolgt nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

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. 3b) 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 und Vertrieb (vgl. 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.

Beitragssfreistellung

- (11) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragssfrei 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 beitragssfreie 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 beitragssfreien Rente zur Verfügung stehenden Betrag. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns

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

Hinweis

- (13) Die Beitragsfreistellung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Vertrieb (vgl. Absatz 7) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragssfreie Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Nähere Informationen zur beitragssfreien 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. Andernfalls 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, beitragssfreie 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 eingetreterener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragssfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht beeinträchtigt.

§ 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.

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

Ergänzung zu den

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB BUV)
- Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZVB)
- Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB SP)

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes vor?

Übt die versicherte Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz)-Versicherung einen medizinischen oder pflegerischen Beruf im Gesundheitswesen aus, liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vor, wenn eine gesetzliche Vorschrift oder eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit wegen 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-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

2. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

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

3. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

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

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

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

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

6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

Hier von 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 (AVB BUV)
- Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZVB)
- Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB SP)

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 Bun-

deswehr 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 zurück behalten.

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 Ver-

langen 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?

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.

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

Ergänzung zu den

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB BUV)
- Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZVB)
- Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB SP)

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 Bezugsvon 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 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 (AVB BUV)
- Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZVB)
- Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB SP)

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 flugunfähig ist und ihr deshalb vor Vollendung ihres 60. Lebensjahres die behördliche Erlaubnis als Luftfahrer entzogen oder die Erlaubnis nicht verlängert wird.

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.

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.

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 Veruschuldens 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.

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

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 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.

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

Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Was ist Erwerbsunfähigkeit 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
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Wann stellen wir unsere Erwerbsunfähigkeitsleistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?	§ 8
Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?	§ 9
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit?	§ 10
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 11
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 12
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 13

§ 1 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, einer Erwerbstätigkeit von mindestens drei Stunden täglich nachzugehen.
- (2) Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von § 2 ist.
- (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 Erwerbsunfähigkeit.
- (4) Als Erwerbstätigkeiten gelten alle Tätigkeiten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind, und alle selbstständigen Tätigkeiten. Der zuletzt ausgeübte Beruf, die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, die bisherige Lebensstellung, insbesondere das bisherige berufliche Einkommen, und die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt. Der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Erwerbsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne überein. Insofern ist der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers nicht bindend.

§ 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 Trinkgefäß – 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 Bettenschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht alleine eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

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

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

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erwerbsunfähig im Sinne von § 1 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
 - a) Volle Befreiung von der Beitragzahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen (Zusatztarif Y);
 - b) Zahlung der jeweils vereinbarten Erwerbsfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist (Zusatztarif R oder RS). Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Die Versicherungsleistungen erbringen wir während der Dauer einer bedingungsgemäßen Erwerbsunfähigkeit, solange die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ablauf der Zusatzversicherung. Bei Versicherungen mit gegenüber der Leistungsdauer abgekürzter Versicherungsdauer werden Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit 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 Y (Absatz 1 a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a Ihre Beitragzahlungspflicht entfällt. Eine laufende Erwerbsunfähigkeitsrente (Zusatztarif R) wird während einer Erwerbsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen auf Grund der Überschussbeteiligung (vgl. § 11) – aber nicht erhöht.

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Erwerbsunfähigkeitsleistungen entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (§ 1) folgt, es sei denn, aus dem nachstehenden Absatz 2 ergibt sich ein späterer Beginn.
- (2) Wird uns die Erwerbsunfähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Erwerbsunfähigkeitsleistungen 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 Erwerbsunfähigkeit. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit 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 der Anspruch auf die Erwerbsunfähigkeitsleistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder das Nichtbestehen einer Leistungspflicht rechtskräftig festgestellt, 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 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen.
- (4) Der Anspruch auf die Erwerbsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn eine Erwerbsunfähigkeit gemäß § 1 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 7), wenn die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Erwerbsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch 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 Erwerbsunfähigkeit 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 friedenssichern 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 Bundes-

republik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

- d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit 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 Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?

- (1) Werden Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, zu geben und Nachweise vorzulegen:
 - a) eine Darstellung über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie vorhandene ärztliche Befundberichte;
 - b) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit geltend machen könnte.
- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
- (3) Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, 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 sechs 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 Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
 - die medizinischen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,
 - die versicherte Person eine Rehabilitations- 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 Erwerbsunfähigkeitsleistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?

- (1) Liegt eine Erwerbsunfähigkeit 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 Beitragzahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragzahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.
- (2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraumes prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen Verhältnissen der versicherten Person Erwerbsunfähigkeit im Sinne von § 1 besteht. Hierbei gelten die Mitteilungspflichten nach § 6.
- (3) Eine Besserung des Gesundheitszustandes oder die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit muss uns unverzüglich mitgeteilt werden.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

- (1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit nachzuprüfen; dies gilt nicht bei einem zeitlich begrenzten Anerkenntnis nach § 7. Die Mitteilungspflichten 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 Erwerbsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 6, 8 oder 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Erwerbsunfähigkeits-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 auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Erwerbsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Erwerbsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsbzw. Erwerbsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Darüber hinaus haben wir teilweise nach engeren Gleichar-

tigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Bei der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird die Höhe der Überschussbeteiligung maßgeblich von der Entwicklung der Erwerbsunfähigkeitsfälle beeinflusst. In einzelnen Jahren kann deshalb auf Grund eines ungünstigen Risikoverlaufs eine Zuteilung von Überschüssen entfallen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hier von nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Erwerbsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den Verträgen nach dem in Absatz 4 beschriebenen Verfahren unter den dort genannten Voraussetzungen zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

Die Erwerbsunfähigkeits-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. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung Überschussanteile. 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 wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Mit jeder Beitragszahlung werden laufende Überschussanteile zugeteilt, die im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung bemessen und direkt auf die Beitragszahlung angerechnet werden.

Dadurch haben Sie statt des Tarifbeitrags nur den grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten.

Zusätzlich gilt:

b) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Zusatztarif Y 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 5 Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung gewährt wurden und in der auf Grund gegenüber der Versicherungsdauer abgekürzter Beitragszahlungsdauer keine Beitragszahlungspflicht bestand, im Verhältnis zu dem auf den Zusatztarif Y bzw. zu dem auf den Zusatztarif R entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der als Leistung aus der Erwerbsunfähigkeits-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 Erwerbsunfähigkeits-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 Y bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Zusatztarifs R mit 7,5 % p. a. diskontiert.

c) Laufende Erwerbsunfähigkeitsrente

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

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

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig. Voraussetzung dafür 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. Von der Hälfte der an diesem Stichtag festgestellten Bewertungsreserven wird nach einem verursachungsorientierten Verfahren der Teilbetrag ermittelt, der auf Ihre Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung entfällt. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (vgl. Absatz 3b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Erwerbsunfähigkeits-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.

§ 12 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Erwerbsunfähigkeits-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 Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – anders als evtl. bei der Hauptversicherung – nicht abtreten oder verpfänden.
- (3) Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise erlischt, erlischt entsprechend der Versicherungsschutz aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung für künftige Versicherungsfälle. Bei Rentenversicherungen erlischt der Versicherungsschutz für künftige Erwerbsunfähigkeitsfälle spätestens mit dem Beginn der Rentenzahlung der Hauptversicherung. Absatz 17 bleibt unberührt.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (4) Eine Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.
- (5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern wir keine Leistung aus der Erwerbsunfähigkeits-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 Versicherungsaufsichtsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragsskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. AVB für die Hauptversicherung).

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Berechnung der Deckungsrückstellung unter Berücksichtigung der hierbei angesetzten Abschlusskosten erfolgt nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

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. 3b) und
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 11 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

- (10) Die Kündigung der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben: Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Vertrieb (vgl. 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 Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein beitragsfrei stellen, sofern wir keine Leistung aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 7 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Erwerbsunfähigkeitsrente auf eine beitragsfreie Erwerbsunfähigkeitsrente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
 - nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode
 - 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 Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie

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

Hinweis

- (13) Die Beitragsfreistellung der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Vertrieb (vgl. Absatz 7) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Erwerbsunfähigkeitsrente vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Erwerbsunfähigkeitsrente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.
- (14) Eine Fortführung der Erwerbsunfähigkeits-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. Andernfalls 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 Erwerbsunfähigkeits-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 Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Erwerbsunfähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht berührt.

§ 13 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

- (1) Der Versicherungsschutz aus der Erwerbsunfähigkeits-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.



Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Was ist Invalidität im Sinne dieser Bedingungen?	§ 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
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Invalidität verlangt werden?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Wann stellen wir unsere Invaliditätsleistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?	§ 8
Was gilt für die Nachprüfung der Invalidität?	§ 9
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Invalidität?	§ 10
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 11
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung??	§ 12
Was gilt, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland nimmt?	§ 13
Wann können Sie Ihre Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung umtauschen?	§ 14

§ 1 Was ist Invalidität im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Invalidität im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, irgendeiner Erwerbstätigkeit von mehr als drei Stunden täglich nachzugehen oder mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit zu erzielen. Nicht als Erwerbstätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen.
- (2) Bei einer versicherten Person, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, liegt Invalidität im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befindet, mit dem sie bei bereits vollendetem 15. Lebensjahr erwerbsunfähig im Sinne von Absatz 1 wäre.
- (3) Bei einer versicherten Person, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, liegt Invalidität im Sinne dieser Bedingungen auch dann vor, wenn die versicherte Person „schulunfähig“ im Sinne der nachstehenden Absätze a) oder b) ist.
- a) „Schulunfähigkeit“ ist dann gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befindet, auf Grund dessen der Besuch der Grundschule oder einer weiterführenden allgemeinen Schule oder einer Förder- oder Sonderschule nicht möglich ist bzw. – vor Erreichen des schulpflichtigen Alters – der Besuch der Grundschule oder der Förder- oder Sonderschule nicht möglich wäre. Nicht als „Schulunfähigkeit“ gilt eine „Zurückstellung“ vor der Einschulung wegen fehlender „Schulreife“.
- b) „Schulunfähigkeit“ ist auch dann gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sich mindestens sechs Monate ununterbrochen in einem Zustand befand, auf Grund dessen der Besuch der Schule nicht möglich war und sie die Schule auch tatsächlich nicht besucht hat. In diesem Fall gilt die Fortdauer dieses Zustands als Invalidität im Sinne dieser Bedingungen. Als Eintritt der Invalidität gilt in diesem Fall der Beginn des 7. Monats.
- (4) Invalidität im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von § 2 ist. Bei Kindern, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, liegt stattdessen Pflegebedürftigkeit dann vor, wenn und solange mindestens Pflegestufe II im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB XI) durch die Pflegekasse oder Pflegeversicherung anerkannt ist.
- (5) Wird uns nachgewiesen, dass ein in Absatz 1, 2 oder 4 beschriebener Zustand für einen Zeitraum von sechs Monaten ununterbrochen vorgelegen hat, gilt dieser Zustand von Beginn an als Invalidität.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Hat die versicherte Person das 15. Lebensjahr vollendet, liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 2 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und wenn dabei mindestens drei Punkte der Tabelle in Absatz 2 erreicht werden.

(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 Trinkgefäß – 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 Bettenschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht alleine eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

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

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

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

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

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

Die Versicherungsleistungen erbringen wir während der Dauer einer bedingungsgemäßen Invalidität, solange die versicherte Person lebt, die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht längstens jedoch bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Zusatzversicherung. Bestehen die Anspruchsvoraussetzungen beim Erreichen des rechnungsmäßigen Alters*) von 65 Jahren der versicherten Person, zahlen wir die Invaliditätsrente bis zum Tod der versicherten Person. Leistungen aus dieser Zusatzversicherung werden nur bei Eintritt der Invalidität während der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung erbracht. Ansprüche, die durch Eintritt der Invalidität während der Versicherungsdauer entstanden sind, können auch noch bis zum Ablauf von 5 Jahren nach Ablauf der Versicherungsdauer geltend gemacht werden. Werden später Ansprüche geltend gemacht, besteht kein Anrecht auf eine Leistung.

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Invalidität (§ 1) folgt, es sei denn, aus dem nachstehenden Absatz 2 ergibt sich ein späterer Beginn.
- (2) Wird uns die Invalidität später als drei Jahre nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Invalidität folgenden Monats leisten.
- (3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stanzen. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag zinslos nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten erfolgen.
- (4) Der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen erlischt, wenn eine Invalidität gemäß § 1 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 7) oder wenn die versicherte Person stirbt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Invalidität gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Invalidität verursacht ist
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Invalidität während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat

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

der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

- b) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- d) durch eine Handlung, mit der der Versicherungsnehmer, ein gesetzlicher Vertreter, Sorgeberechtigter oder eine Aufsichtsperson vorsätzlich die Invalidität der versicherten Person herbeigeführt hat; hierzu gehören auch Handlungen auf Grund von Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen;
- e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
- f) durch Unfälle auf Grund von Bewusstseinsstörungen, soweit sie auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen, sowie durch Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden (Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn das versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat);
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Invalidität verlangt werden?

- (1) Werden Leistungen aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, zu geben und Nachweise in deutscher Sprache vorzulegen:
 - a) eine Darstellung über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie vorhandene ärztliche Befundberichte;
 - b) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Invalidität geltend machen könnte,
 - c) bei Pflegebedürftigkeit vor Vollendung des 15. Lebensjahres im Sinne von § 1 Abs. 4 eine Kopie des Bescheides der Pflegekasse bzw. Pflegeversicherung.
- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen.

gen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

- (3) Die versicherte Person ist verpflichtet, zumutbare Maßnahmen zu ergreifen, die geeignet sind, die Invalidität zu mindern oder auszuschließen (z. B. Tragen von Schutzkleidung oder Einsatz von Hilfsmitteln). Die Befolgung von Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern, ist allerdings nicht Voraussetzung für das Anerkenntnis der Leistungen aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung.

§ 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, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig befristen, wenn
- sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Invalidität im Sinne dieser Bedingungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
 - die medizinischen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungentscheidung 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 Invaliditätsleistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?

- (1) Liegt eine Invalidität im Sinne von § 1 dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.
- (2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraumes prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen Verhältnissen der versicherten Person Invalidität im Sinne von § 1 besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 6. In diesem Fall werden wir § 1 Abs. 5 nicht anwenden.
- (3) Eine Besserung des Gesundheitszustandes, die Wiederaufnahme eines Schulbesuches oder die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit muss uns unverzüglich mitgeteilt werden.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Invalidität?

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

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

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

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Invaliditätsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Invaliditätsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Invaliditätsrisiko zu berücksichtigen. Darüber hinaus haben wir teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Bei der Kinderinvaliditäts-Zuatzversicherung wird die Höhe der Überschussbeteiligung maßgeblich von der Entwicklung der Invaliditätsefälle beeinflusst. In einzelnen Jahren kann deshalb auf Grund eines ungünstigen Risikoverlaufs eine Zuteilung von Überschüssen entfallen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hier von nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Invaliditätsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Kinderinvaliditäts-Zuatzversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den Verträgen nach dem in Absatz 4 beschriebenen Verfahren unter den dort genannten Voraussetzungen zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung der Kinderinvaliditäts-Zuatzversicherung wird der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

Die Kinderinvaliditäts-Zuatzversicherung 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. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung Überschussanteile. 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 wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

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

Zusätzlich gilt:

b) Schluss-Überschussanteil

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

c) Laufende Invaliditätsrente

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

d) Die Höhe der Überschussanteile kann vom Geschlecht der versicherten Person abhängen.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Kinderinvaliditäts-Zuatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig. Voraussetzung dafür 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. Von der Hälfte der an diesem Stichtag festgestellten Bewertungsreserven wird nach einem verursachungsorientierten Verfahren der Teilbetrag ermittelt, der auf Ihre Kinderinvaliditäts-Zuatzversicherung entfällt. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (vgl. Absatz 3b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Kinderinvaliditäts-Zuatzversicherung 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.

§ 12 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

Kündigung der Zusatzversicherung

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

Auszahlungsbetrag

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

Rückkaufswert

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

Abzug

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

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Berechnung der Deckungsrückstellung unter Berücksichtigung der hierbei angesetzten Abschlusskosten erfolgt nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

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

Überschussbeteiligung

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

Hinweis

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

Beitragsfreistellung

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

Abzug

- (11) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehenden Betrag. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

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

- (13) Eine Fortführung der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 10 ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Andernfalls wird der wie in Absatz 10 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.
- (14) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3 bis 13 entsprechend.
- (15) Ansprüche aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Invalidität beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung nicht berührt.

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

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

§ 14 Wann können Sie Ihre Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung umtauschen?

- (1) Ihre Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung können Sie während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb eines Jahres, nachdem die versicherte Person erstmalig eine berufliche Tätigkeit oder ein Studium aufgenommen hat, in eine im Rahmen unserer Produktpalette verfügbare Berufsunfähigkeitsabsicherung (selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung) auf das Leben der versicherten Person mit gleicher oder geringerer versicherter Rente (einschließlich einer evtl. Beitragsbefreiungsrente für die Hauptversicherung) umtauschen. Für die Berufsunfähig-

keits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung. Die Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung wird mit dem Umtausch neu vereinbart. Sie kann über die Versicherungsdauer der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung hinausgehen. Maßgebend ist der zum Umtauschzeitpunkt für Neuabschlüsse geltende Tarif der selbstständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung einschließlich der dazugehörigen Versicherungsbedingungen. Als berufliche Tätigkeit im Sinne von Satz 1 gelten auch eine selbstständige Tätigkeit sowie eine Berufsausbildung. Nicht als berufliche Tätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen. Übt die versicherte Person zum Umtauschzeitpunkt einen im Rahmen unserer Berufsunfähigkeitsabsicherung nicht versicherbaren Beruf aus, ist der Umtausch nicht möglich.

- (2) Das Umtauschrecht besteht nicht oder erlischt, wenn
- die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung mit Ausnahme eines planmäßig vorgezogenen Ablaufs der Beitragszahlung beitragsfrei gestellt wird oder
 - wir Leistungen wegen Invalidität der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung erbringen oder
 - die versicherte Person berufsunfähig im Sinne der Bedingungen ist, die für die zum Umtauschzeitpunkt bei Neuabschlüssen geltenden Tarife der selbstständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung maßgebend sind, oder
 - die jährliche Rente (einschließlich einer evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung) aus allen bestehenden und gleichzeitig beantragten Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätsabsicherungen bei unserer Gesellschaft mehr als 40 % der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (West) beträgt.

Das Umtauschrecht erlischt in jedem Fall spätestens 5 Jahre nach dem Zeitpunkt, bis zu dem die versicherte Person nach § 32 Abs. 4 Nr. 2 Einkommensteuergesetz (EStG) längstens als Kind gelten könnte.

- (3) Als Voraussetzung für den Umtausch ohne Gesundheitsprüfung ist zusammen mit dem Antrag auf Umtausch ein geeigneter Nachweis vorzulegen.
- (4) Mit dem Umtausch erlischt die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung. Dadurch erlischt auch der mögliche Anspruch auf eine lebenslange Invaliditätsrente im Sinne von § 3 bei Vorliegen einer Invalidität gemäß § 1 dieser Bedingungen. Nach einem Umtausch ist die im Rahmen der Berufsunfähigkeitsabsicherung vereinbarte Leistungsdauer maßgebend.



Bedingungen für Pflegerenten-Zusatzversicherungen nach Tarif PN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	§ 2
Was gilt bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung?	§ 3
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt werden?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Wann stellen wir unsere Pflegefall-Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?	§ 8
Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?	§ 9
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?	§ 10
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 11
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 12
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 13

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Lebenslange Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif PN

Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung pflegebedürftig im Sinne von §§ 2 oder 3 dieser Bedingungen, so zahlen wir eine monatliche die Pflegerente in Höhe von

25 % der versicherten Rente bei Pflegestufe 1,
50 % der versicherten Rente bei Pflegestufe 2,
100 % der versicherten Rente bei Pflegestufe 3.

Während des Rentenbezugs entfällt die eventuelle Beitragszahlungspflicht für diese Zusatzversicherung.

§ 2 Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

- (1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 2 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und wenn dabei mindestens drei Punkte der Tabelle in Absatz 2 erreicht werden. „Dauerhaft“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich auf Dauer existiert und aus ärztlicher Sicht keine Aussicht auf Verbesserung dieses Zustands besteht. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich oder von anderen von uns anerkannten Fachleuten nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen.
- (2) Bei der Bewertung werden die nachstehenden Kriterien 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 benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- 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 Trinkgefäß – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
- e) Waschen = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
- 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 Bettenschüssel verrichten kann oder
- 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 Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

- (3) Die Pflegebedürftigkeit wird nach der Anzahl der erreichten Punkte gemäß Absatz 2 wie folgt eingestuft:

- | | |
|----------------|----------------|
| Pflegestufe 1: | 3 Punkte |
| Pflegestufe 2: | 4 und 5 Punkte |
| Pflegestufe 3: | 6 Punkte |

- (4) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktabelle liegt die Pflegestufe 2 auch dann vor, wenn die versicherte Person eine schwere kognitive Beeinträchtigung aufweist, die voraussichtlich dauerhaft bestehen wird. Eine solche schwere kognitive Beeinträchtigung liegt vor, wenn
- die mentalen Fähigkeiten des Versicherten sich infolge einer demenziellen Erkrankung wie der Alzheimer-Krankheit erheblich verschlechtert haben und
 - die versicherte Person aufgrund der schweren kognitiven Beeinträchtigung der täglichen Beaufsichtigung bedarf, um Gefährdungen zu verhindern.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrads der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren wie z. B. der Mini Mental State Examination oder eines gleichwertigen Tests von Experten für solche Krankheitsbilder durchgeführt werden.

Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung im Sinne dieser Definition bedeutet, dass die versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil die versicherte Person

- gefährdende Situationen verkennt oder verursacht oder
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- sich physisch oder verbal aggressiv in Verkennung der Situation verhält.

- (5) Vorübergehende Erkrankungen sowie vorübergehende Besserungen bleiben bei der Bewertung gemäß Absatz 2 unberücksichtigt. Maßgebend ist die „Dauerhaftigkeit“ gemäß Absatz 1.

§ 3 Was gilt bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung?

- (1) Die Definitionen der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen 1, 2 und 3 in den folgenden Absätzen 2 und 3 entsprechen den Definitionen der Pflegestufen I, II und III der Pflegepflichtversicherung in §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI), Stand bei Vertragsabschluss. Solange eine Entscheidung der zuständigen Stelle zur Zahlung einer Leistung aus der Pflegepflichtversicherung auf den Kriterien dieses Standes des Sozialgesetzbuches und nachgeordneter Rechtsverordnungen und Richtlinien basiert, erkennen wir bei Gewährung von Pflegeleistungen der Stufen I, II oder III der Pflegepflichtversicherung und Vorlage des entsprechenden

Leistungsbescheides eine Leistungspflicht entsprechend Pflegestufe 1, 2 bzw. 3 aus der mit uns geschlossenen Versicherung an.

- (2) Pflegebedürftigkeit der versicherten Person liegt gemäß diesen Bedingungen auch vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich auf Dauer – für mindestens sechs Monate – wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität, auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel, täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Die versicherte Person muss mindestens Pflegestufe 1 gemäß Absatz 3 erreichen.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich oder von anderen von uns anerkannten Fachleuten nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen.

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

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

- (3) Die Pflegebedürftigkeit wird wie folgt eingestuft:

Pflegestufe 1 liegt vor, wenn die versicherte Person bei den in Absatz 2 definierten Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und wenn der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten beträgt; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 45 Minuten entfallen.

Pflegestufe 2 liegt vor, wenn die versicherte Person bei den in Absatz 2 definierten Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden beträgt; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

Pflegestufe 3 liegt vor, wenn die versicherte Person bei den in Absatz 2 definierten Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden beträgt; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

- (4) Sollten sich die in Absatz 2 und 3 definierten Pflegestufen durch Änderungen des Sozialgesetzbuchs oder nachgeordneter Rechtsverordnungen und Richtlinien in der Zukunft wesentlich von der gesetzlichen Definition der Pflegestufen bei Vertragsabschluss unterscheiden, so können Sie mit uns die Umstellung Ihres Vertrages auf einen solchen mit geänderter Leistungsdefinition – gegen eventuellen Mehrbeitrag – vereinbaren. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass wir zu diesem Zeitpunkt auch für neu abzuschließende Versicherungsverträge einen Tarif mit entsprechender Definition des Pflegefalles und der Pflegestufen anbieten. Eine automatische Anpassung erfolgt nicht.

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Sofern sich aus dem nachstehenden Absatz 2 kein späterer Beginn unserer Leistungspflicht ergibt, entsteht der Anspruch auf die Pflegerente mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 2 oder 3 folgt.
- (2) Wird uns die Pflegebedürftigkeit später als ein Jahr nach Erfüllung der Kriterien schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Pflegerente grundsätzlich erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wir leisten aber für einen Zeitraum von bis zu einem Jahr rückwirkend – gerechnet ab dem Monat der Meldung – für die nachgewiesene Zeit der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 2 oder 3. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des Monats leisten, der auf den Eintritt der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 2 oder 3 folgt.
- (3) Der Anspruch auf eine Erhöhung der Pflegerente wegen einer höheren Pflegestufe entsteht grundsätzlich mit Beginn des Monats, der auf die Feststellung der höheren Pflegestufe folgt. Absatz 2 gilt entsprechend.
- (4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den der Anspruch auf die Pflegefall-Leistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag zinslos nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten erfolgen.
- (4) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erlischt, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß der Pflegestufe 1 sinkt oder die versicherte Person stirbt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht ist
- unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Pflegebedürftigkeit 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.
 - durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zur Abwehr und Bekämpfung dieser Strahlen des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
 - durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - 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 Geistesfähigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
 - unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt werden?

- (1) Werden Leistungen aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Anspruchserhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, zu geben und Nachweise vorzulegen:
- vorhandene ärztliche Befundberichte, eine Darstellung über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit; eventuelle Leistungsbescheide und Gutachten der Pflegepflichtversicherung bzw. der ihnen angegliederten medizinischen Dienste;
 - eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,

- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
- (3) Wird eine Erhöhung der Pflegerente wegen einer höheren Pflegestufe verlangt, gelten die Absätze 1 und 2 sinngemäß.
- (4) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende und behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der versicherten Leistungen nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zumutbare Anweisungen ihrer Ärzte oder Heilpraktiker zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.
- Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.
- (5) Wir können vor jeder Rentenzahlung ein Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzugeben.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und in welchem Umfang 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 sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

§ 8 Wann setzen wir unsere Pflegefall-Leistungen herab oder stellen sie ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?

- (1) Hat sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit gemindert, setzen wir unsere Leistung herab. Wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß der Pflegestufe 1 sinkt, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Verringerung oder Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Herabsetzung bzw. Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss bei Einstellung der Leistungen auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.
- (2) Sie sind verpflichtet, uns eine Änderung der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 2 oder 3 und eine Minderung ihres Umfangs unverzüglich mitzuteilen.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

- (1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. 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 Pflegebedürftigkeit?

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

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

- (1) **Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer**
- a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Pflegefallrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation*) angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Pflegefallrisiko) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versiche-

rungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Pflegefallrisiko zu berücksichtigen. Darüber hinaus haben wir teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Bei der Pflegerenten-Zusatzversicherung wird die Höhe der Überschussbeteiligung maßgeblich von der Entwicklung der Pflegefälle beeinflusst. In einzelnen Jahren kann deshalb auf Grund eines ungünstigen Risikoverlaufs eine Zuteilung von Überschüssen entfallen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hier von nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Pflegefallrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Pflegerenten-Zusatzversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den Verträgen nach dem in Absatz 4 beschriebenen Verfahren unter den dort genannten Voraussetzungen zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung der Pflegerenten-Zusatzversicherung wird der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

- (2) **Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages**

Die Pflegerenten-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. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung Überschussanteile. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahrs finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

*) Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten versicherten Pflegerente basiert auf den Rechnungsgrundlagen für die Pflegeversicherung der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2008 P.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

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

b) verzinsliche Ansammlung

Nach Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer werden in der tariflich beitragsfreien Anwartschaftszeit ebenfalls laufende Überschussanteile gewährt. Sie werden dann nach dem früheren Beitrag und der früheren Beitragszahlungsweise bemessen und am Ende eines jeden Versicherungsjahrs zugeteilt. Die Überschussanteile in der planmäßig beitragsfreien Zeit werden verzinslich angesammelt. Durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherungen erhalten in der vorzeitig beitragsfreien Anwartschaftszeit keine weiteren laufenden Überschussanteile. Sobald eine vorzeitig beitragsfreie Versicherung den Zeitpunkt erreicht, zu dem sie planmäßig beitragsfrei gewesen wäre, werden die Überschussanteile wieder wie bei planmäßig beitragsfreien Versicherungen zugeteilt.

Bei Versicherungen, zu denen gleichzeitig eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wird bei Eintritt von Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit die Überschussverwendungsart der Pflegerenten-Zusatzversicherung während der Beitragsbefreiung wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit von der Beitragsanrechnung auf verzinsliche Ansammlung umgestellt.

Verzinslich angesammelte Überschussguthaben werden bei Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf ausgezahlt. Der Versicherungsnehmer kann auch vorher, insbesondere bei Eintritt des Pflegefalls, die Auszahlung des erreichten Guthabens verlangen.

c) Bonusrente

Wird eine Pflegerente gezahlt, leisten wir bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag eine Bonusrente. In diesem Fall werden darüber hinaus jährliche Überschussanteile fällig (vgl. Abs. 3d). Die Bonusrente wird in Prozent der jeweils versicherten Pflegerente in Pflegestufe 1, 2 bzw. 3 bei Beginn der Leistungspflicht bemessen und erhöht im Fall der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 2 oder 3 die zu zahlende Pflegerente. Die Höhe der Bonusrente bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht deklarierten Bonusrenten-Satz. Solange wegen Pflegebedürftigkeit ununterbrochen eine Pflegerente gezahlt wird, bleibt der Bonusrenten-Satz für diese Rentenleistung unverändert. Wird keine Pflegerente gezahlt, wird keine Leistung aus der Bonusrente fällig. Falls vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit 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 Pflegerente ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Beitragszahlung derart nachzuversichern, dass die Pflegerente einschließlich Bonusrente die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

d) Rentenerhöhungen

Wird eine Pflegerente gezahlt, werden jährliche Überschussanteile jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahrs zugeteilt, erstmals, nachdem die Pflegerente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde. Die Zuteilung erfolgt im Verhältnis zu der am Ende des jeweils abgelaufenen Versicherungsjahrs vorhandenen Deckungs-

rückstellung**) der gesamten Pflegerente. Aus den Zuteilungen werden jeweils sofort beginnende zusätzliche Pflegerenten gebildet.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Pflegerenten-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig. Voraussetzung dafür 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. Von der Hälfte der an diesem Stichtag festgestellten Bewertungsreserven wird nach einem verursachungsorientierten Verfahren der Teilbetrag ermittelt, der auf Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung entfällt.

(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.

§ 12 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Pflegerenten-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), grundsätzlich eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung, sofern es sich um eine Rentenversicherung handelt, beitragsfrei oder beitragspflichtig nur bei Beendigung der Beitragszahlung der Hauptversicherung innerhalb der Verfügungsphase fortgesetzt werden.
- (2) Unabhängig von der Hauptversicherung besteht die Pflegerenten-Zusatzversicherung bei Ablauf der Verfügungsphase einer Rentenversicherung bzw. bei Ablauf der Versicherungsdauer einer kapitalbildenden oder Risiko-Lebensversicherung solange fort, wie die versicherte Person lebt.

- (3) Ansprüche aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie – anders als evtl. bei der Hauptversicherung – nicht abtreten oder verpfänden.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (4) Eine Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.
- (5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Pflegerenten-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag gemäß Absatz 6, sofern wir keine Leistung aus der Pflegerenten-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).

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Berechnung der Deckungsrückstellung unter Berücksichtigung der hierbei ange setzten Abschlusskosten erfolgt nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

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 Pflegerenten-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der ange setzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. 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 zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug 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. 3b) und
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 11 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

- (10) Die Kündigung der Pflegerenten-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Vertrieb (vgl. 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 Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 7 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Pflegerente auf eine beitragsfreie Pflegerente 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 verminderter 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 zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (13) Die Beitragsfreistellung der Pflegerenten-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Vertrieb (vgl. Absatz 7) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Pflegerente vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Pflegerente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.
- (14) Eine Fortführung der Pflegerenten-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. Andernfalls 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) Ansprüche aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetreterner Pflegebedürftigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung nicht berührt.

§ 13 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

- (1) Der Versicherungsschutz aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung gilt weltweit.
- (2) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen werden, sofern die versicherte Person transportfähig ist. In diesem Fall übernehmen wir die Kosten der ärztlichen Untersuchung sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten.

Bedingungen für Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO mit Recht auf späteren Abschluss einer Pflegerentenversicherung gegen Einmalbeitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Was bedeutet die Option?	§ 1
Wann können Sie die Option ausüben?	§ 2
Welche Bestimmungen gelten für die Pflegerentenversicherung bei Ausübung der Option?	§ 3
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 4
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 5

§ 1 Was bedeutet die Option?

- (1) Sie haben das Recht, zu dem im Versicherungsschein genannten Termin (Optionstermin) für die versicherte Person eine Pflegerentenversicherung bis zu der im Versicherungsschein genannten Rentenhöhe (Pflegerentenanwartschaft) gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung abzuschließen, also unabhängig vom Gesundheitszustand der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt.
- (2) Eine Kapital- oder Rentenzahlung aus dieser Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung wird zu keinem Zeitpunkt fällig, auch dann nicht, wenn Sie die Option nicht ausüben.

denen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Pflegefallrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Pflegefallrisiko zu berücksichtigen. Darüber hinaus haben wir teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung

§ 2 Wann können Sie die Option ausüben?

Das Optionsrecht nach § 1 kann nur zu dem im Versicherungsschein genannten Termin ausgeübt und frühestens drei Monate vorher, spätestens bis zu dem Termin, schriftlich beantragt werden.

§ 3 Welche Bestimmungen gelten für die Pflegerentenversicherung bei Ausübung der Option?

Für die vertraglichen Bestimmungen und die Höhe des Einmalbeitrags der aus der Option resultierenden Pflegerentenversicherung sind die dann für die Ausübung der Option geltenden Tarife der Pflegerentenversicherung und deren Versicherungsbedingungen maßgeblich.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zu diesem Zeitpunkt vorhan-

beitragen haben. Bei der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung wird die Höhe der Überschussbeteiligung maßgeblich von der Entwicklung der Pflegefälle beeinflusst. In einzelnen Jahren kann deshalb auf Grund eines ungünstigen Risikoverlaufs eine Zuteilung von Überschüssen entfallen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hier von nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Soweit Bewertungsreserven entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den Verträgen nach dem in Absatz 4 beschriebenen Verfahren unter den dort genannten Voraussetzungen zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung wird der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

Die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung gehört der selben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung Überschussanteile. 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 wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

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

b) Verzinsliche Ansammlung

Versicherungen gegen Einmalbeitrag sowie Versicherungen, deren Beitragszahlungsdauer planmäßig abgelaufen ist, erhalten ebenfalls laufende Überschussanteile. Sie werden dann nach dem früheren Beitrag bzw. dem Einmalbeitrag und der früheren Beitragszahlungsweise bemessen und am Ende eines jeden Versicherungsjahres zugeteilt. Die Überschussanteile in der

planmäßig beitragsfreien Zeit werden verzinslich ange- sammelt. Durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherungen erhalten in der vorzeitig beitragsfreien Zeit keine weiteren laufenden Überschussanteile. Sobald eine vorzeitig beitragsfreie Versicherung den Zeitpunkt erreicht, zu dem sie planmäßig beitragsfrei gewesen wäre, werden die Überschussanteile wieder wie bei planmäßig beitragsfreien Versicherungen zugeteilt.

Bei Versicherungen, zu denen gleichzeitig eine Berufs unfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wird bei Eintritt von Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit die Überschussverwendungsart der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung während der Beitragsbefreiung wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit von der Beitragsanrechnung auf verzinsliche Ansammlung umgestellt.

Das verzinslich angesammelte Überschussguthaben wird bei Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf ausgezahlt.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig. Voraussetzung dafür 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. Von der Hälfte der an diesem Stichtag festgestellten Bewertungsreserven wird nach einem verursachungsorientierten Verfahren der Teilbetrag ermittelt, der auf Ihre Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung entfällt.

(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.

§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), grundsätzlich eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung beitragsfrei gemäß Absatz 10 bis 12 oder beitragspflichtig nur bei Beendigung der Beitragszahlung der Hauptversicherung innerhalb der Verfügungsphase fortgesetzt werden.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (2) Eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.
- (3) Bei einer Kündigung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung erhalten Sie für die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern die Kündigung nicht innerhalb der letzten fünf Jahre vor Ablauf der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung erfolgt.
- (4) Kündigen Sie die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung innerhalb der letzten fünf Jahre vor ihrem Ablauf oder ohne die Hauptversicherung, führt dies zur beitragsfreien Fortsetzung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf Abschluss einer reduzierten

Pflegerentenanwartschaft ohne Gesundheitsprüfung gemäß Absatz 10 bis 12.

Auszahlungsbetrag

- (5) Wir zahlen nach Kündigung unter den Voraussetzungen von Absatz 3 den
- Rückkaufwert (Absatz 6),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 7),
 - erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 8).

Rückkaufswert

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

Abzug

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

Überschussbeteiligung

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

Hinweis

- (9) Die Kündigung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Vertrieb (vgl. Absatz 6) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden.

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Berechnung der Deckungsrückstellung unter Berücksichtigung der hierbei angesetzten Abschlusskosten erfolgt nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Beitragsfreistellung

- (10) Eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein beitragsfrei stellen. Eine Fortführung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht zusammen mit einer beitragsfreien Hauptversicherung ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Andernfalls wird der wie in Absatz 5 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet. Unter den Voraussetzungen von Absatz 4 führt auch die Kündigung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung zu ihrer beitragsfreien Fortführung. Voraussetzung für die beitragsfreie Fortführung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 6 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die ohne Gesundheitsprüfung abschließbare Pflegerentenanwartschaft ganz oder teilweise auf eine reduzierte Höhe herab herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode und
 - unter Zugrundelegung des um den Abzug nach Absatz 11 verminderten Rückkaufswertes nach Absatz 6

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

Abzug

- (11) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem für die Bildung der beitragsfreien Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung zur Verfügung stehenden Betrag. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen und damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen werden. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (12) Die Beitragsfreistellung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Vertrieb (vgl. Absatz 6) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Versicherung vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

- (13) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 12 entsprechend.



Informationen für den Versicherungsnehmer zur Risiko-Lebensversicherung **SICHERHEITSPOLICE**

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 im Falle einer laufenden Beitragszahlung diese 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 Risiko-Lebensversicherungen

Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet?	Nr. 15
Welche Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe gelten für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen?	Nr. 16
Wie hoch sind der Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherungssumme im Falle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung, und inwieweit sind diese Leistungen bei Vertragsabschluss garantiert?	Nr. 17
Welche Fonds stehen Ihnen bei der fondsgebundenen Überschussbeteiligung zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken?	Nr. 18
Welche Steuerregelungen gelten allgemein für Risiko-Lebensversicherungen und für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen?	Nr. 19

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: Dietmar Meister

Vorstand: Michael Westkamp (Vorsitzender),
Helmut Gaul, Peter Heise, Ulrich Rieger

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 SICHERHEITSPOLICE (nachfolgend „Antrag“ genannt). Hierzu gehören insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen. Alle Bedingungswerte, die wir für Sie auf einer CD gespeichert haben, werden Ihnen vor Antragstellung ausgehändigt. Der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit sowie der Erwerbsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung 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. Hierzu gehört insbesondere die während der Versicherungsduauer jeweils versicherte Summe, die wir zahlen, wenn die versicherte Person verstirbt.

Zu diesen garantierten Leistungen können noch Leistungen aus der Überschussbeteiligung hinzukommen, oder es können sich die von Ihnen zu zahlenden Beiträge – soweit ver-

einbart – durch die Überschussbeteiligung ermäßigen. Die Höhe der Überschussanteilungen kann von uns vorab aber nicht angegeben werden, da sie von der zukünftigen Überschussentwicklung unseres Unternehmens abhängen. Sobald wir allerdings Ihrer Versicherung Überschussanteile einzelvertraglich zugeteilt haben, um sie ggf. verzinslich anzusammeln, sind auch die Leistungen hieraus garantiert.

Falls Sie die „fondsgebundene Überschussbeteiligung“ gewählt haben, legen wir die laufenden Überschussanteile in den mit Ihnen vereinbarten Investmentfonds an. Hierdurch sind Sie unmittelbar an der Wertentwicklung eines oder mehrerer besonderer Vermögen beteiligt. Diese Vermögenswerte werden bei unserer Gesellschaft getrennt vom übrigen Vermögen überwiegend in Wertpapieren (Fondsanteile) angelegt und in Anteileinheiten aufgeteilt. Der Fachbegriff für diese besonderen Vermögen lautet „Anlagestücke“. Die auf Ihre Versicherung insgesamt entfallenden Anteileinheiten bilden das Fondsguthaben Ihrer Versicherung. Da die Entwicklung dieser Wertpapiere nicht vorauszusehen ist, können wir die Höhe der sich hieraus ergebenden Leistungen nicht garantieren: Diese sind bei einer guten Fondsentwicklung höher als bei einer weniger guten Fondsentwicklung.

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 erkennen, wie sich Ihr Gesamtbeitrag aus den einzelnen Teilbeiträgen für die Hauptversicherung und eingeschlossene Zusatzversicherungen zusammensetzt. In dem Fall, dass wir Überschussanteile auf den tariflichen Beitrag anrechnen, geben wir darüber hinaus auch den anfänglich zu zahlenden, reduzierten Beitrag an. Zusätzliche Kosten entstehen Ihnen nicht.

7. Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

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

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

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

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

Den Beginn Ihrer Versicherung finden Sie im Antrag.

Ihr Versicherungsschutz beginnt, sobald wir Ihren Versicherungsschein ausgestellt haben, frühestens jedoch zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bitte beachten Sie jedoch, dass wir grundsätzlich erst dann zu einer Leistung verpflichtet sind, wenn wir Ihren Erst- bzw. Einmalbeitrag erhalten haben.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat für die Beiträge erteilt haben, gilt Ihr Erst- bzw. Einmalbeitrag zum Fälligkeitstermin (Abschluss des Versicherungsvertrags) als gezahlt, wenn zum Abbuchungstermin Deckung auf dem Konto vorhanden ist. Über den Abbuchungstermin informieren wir Sie in unserem Anschreiben zum Versicherungsschein. Hat unser Abbuchungsversuch keinen Erfolg, so gilt der Erst- bzw. Einmalbeitrag als nicht gezahlt.

Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung des Erst- bzw. Einmalbeitrags

Zahlen Sie Ihren Erst- bzw. Einmalbeitrag nicht rechtzeitig, beginnt unsere Leistungspflicht frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Falls also vor diesem Zeitpunkt ein Versicherungsfall eintreten sollte, haben Sie keinen Anspruch auf unsere Leistung. Gleichwohl sind wir bereits ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Beitragszahlung nicht zu vertreten haben.

Sollten Sie Ihren Erst- bzw. Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir auch vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Unser Rücktrittsrecht ist allerdings ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Annahmefrist für Ihren Antrag

Ihren Antrag können wir innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit Ihrer Antragsunterzeichnung, jedoch nicht vor dem Tag einer eventuell erforderlichen ärztlichen Untersuchung.

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 Risiko-Lebensversicherung (Hauptversicherung) endet zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer oder wenn die versicherte Person stirbt.

Unabhängig von der Hauptversicherung besteht eine mitversicherte Pflegerenten-Zusatzversicherung solange fort, wie die versicherte Person lebt. Eine eingeschlossene Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung endet mit Ablauf der Versicherungsdauer für die betreffende Zusatzversicherung, falls bis dahin kein Leistungsfall eingetreten ist oder die versicherte Person vorher stirbt. Sollte jedoch die versicherte Person einer eingeschlossenen Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung während der zugehörigen Versicherungsdauer invalide werden und dieser Zustand andauern, zahlen wir die Invaliditätsrente lebenslang. Auch bei der Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann eine gegenüber der Ver-

sicherungsdauer verlängerte Leistungsdauer vereinbart sein. Eine mitversicherte Option zum Abschluss einer Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung endet spätestens zum vereinbarten Optionstermin. Alle Laufzeiten und Fristen zur Hauptversicherung und den eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen haben wir für Sie im Antrag dokumentiert.

11. Können Sie Ihren Versicherungsvertrag vorzeitig beenden oder im Falle einer laufenden Beitragszahlung diese vorzeitig einstellen?

Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise kündigen; die maßgeblichen Termine hierzu finden Sie in dem zugehörigen Paragrafen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Für den Fall einer teilweisen Kündigung nennen wir dort auch die Mindestbeträge, welche die verbleibenden Leistungen und Beiträge noch erreichen müssen.

Anstelle einer Kündigung können Sie zum gleichen Zeitpunkt auch verlangen, dass wir Ihre Risiko-Lebensversicherung, sofern sie noch beitragspflichtig ist, in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Dadurch vermindert sich verständlicherweise der Versicherungsschutz. Voraussetzung für eine Beitragsfreistellung ist allerdings, dass die in dem zugehörigen Paragrafen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten beitragsfreien Mindestleistungen nicht unterschritten werden.

Einzelheiten zur Kündigung oder Beitragsfreistellung einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung ergeben sich aus den zugehörigen Paragrafen der Bedingungen für die jeweilige Zusatzversicherung. Zusatzversicherungen bilden mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen sind, eine Einheit und können ohne die Hauptversicherung grundsätzlich nicht fortgesetzt werden. Hiervon ausgenommen ist eine eingeschlossene Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung bei Tod der versicherten Person der Hauptversicherung.

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

Bitte beachten Sie 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 Paragrafen „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 verstündigen 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 Sie als Verbraucher arbeitet er kostenfrei.

Sie können Ihre Beschwerde auch an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Bereich Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht,
Graurheindorfer Str. 108,
53117 Bonn,

richten. Die BaFin ist allerdings keine Schiedsstelle und ihre Entscheidung in einzelnen Streitfällen nicht verbindlich.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hier von unberührt.

Wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind. Unser Kundenservice ist ausgezeichnet – Ihre Anliegen nehmen wir sehr ernst.

Besondere Informationen bei Risiko-Lebensversicherungen

15. Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet?

Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten haben wir bei der Kalkulation Ihres Tarifbeitrags bzw. des von Ihnen zu zahlenden Beitrags bereits berücksichtigt. Weitere Angaben enthält Nr. 3 im Produktinformationsblatt, das Sie zusammen mit dem Antrag erhalten.

16. Welche Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe gelten für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen?

Der Versicherungsschutz, den wir Ihnen für die gesamte Vertragslaufzeit zusagen, erfordert von uns eine vorsichtige Tarifkalkulation. Wir müssen insbesondere für eine ungünstige Ent-

wicklung der versicherten Risiken und für Kostensteigerungen ausreichend Vorsorge treffen. Unsere vorsichtigen Annahmen hierzu führen zu Überschüssen, an denen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer beteiligen. Dies gilt ggf. auch für die Erträge, die wir aus den Kapitalanlagen erzielen.

Bei der Wahl der fondsgebundenen Überschussbeteiligung fließen die von den Fondsgesellschaften ausgeschütteten Erträge, die sie aus den Vermögenswerten der Anlagebörsen erzielen, unmittelbar den jeweiligen Anlagebörsen zu. Diese ergeben zusätzliche Anteileinheiten für Ihr Fondsguthaben.

Wie entstehen die Überschüsse?

Überschüsse erzielen wir in der Regel aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis. Die Überschüsse sind umso größer, je weniger Versicherungsfälle eintreten und je sparsamer wir wirtschaften. Gegebenenfalls können weitere Überschüsse aus dem Kapitalanlageergebnis hinzukommen.

- Risikoergebnis

Bei der Tarifkalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch wird sichergestellt, dass die vertraglichen Leistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn sich die versicherten Risiken ungünstig entwickeln. Ist der Risikoverlauf dagegen in der Realität günstiger als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse.

- Kostenergebnis

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

- Kapitalanlageergebnis

Damit wir unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllen können, müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden und Mittel in entsprechender Höhe anlegen (z. B. in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Dies überwachen unser Verantwortlicher Aktuar und unser Treuhänder des Sicherungsvermögens. Bei der Berechnung der Deckungsrückstellung wird ein Zinssatz von 1,75 % p. a. zugrunde gelegt. Dies bedeutet, dass sich die Vermögenswerte mindestens in dieser Höhe verzinsen müssen. In der Regel übersteigen die Kapitalerträge diesen Mindestzins und es entstehen Zinsüberschüsse.

Übersteigt der Marktwert der Kapitalanlagen den Wert, mit dem diese in unserer Bilanz ausgewiesen sind, entstehen Bewertungsreserven. Diese bilden einen Puffer, um kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Weitere Erläuterungen hierzu finden Sie im Paragrafen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wie werden die Überschüsse ermittelt und festgestellt?

Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Wie beteiligen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen, und wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

Die von uns erwirtschafteten Überschüsse kommen zum ganz überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Der übrige Teil wird an die Aktionäre ausgeschüttet bzw. den Rücklagen des Unternehmens zugeführt. Über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer gibt Ihnen der zugehörige Abschnitt des Paragrafen „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. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist die Art der Kapitalanlage und das versicherte Risiko. Danach werden z. B. Risiko-Lebensversicherungen, Berufsunfähigkeits- sowie Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen, kapitalbildende Lebensversicherungen und Rentenversicherungen jeweils eigenen Gruppen zugeordnet. Darüber hinaus haben wir nach engen Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen des in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverbandes innerhalb der dort ebenfalls aufgeführten Bestandsgruppe.

Wir teilen Ihrer Versicherung – soweit vereinbart – zu jeder Beitragsfälligkeit Überschussanteile zu und rechnen sie direkt auf Ihren Beitrag an. Stattdessen besteht aber auch die Möglichkeit, dass wir die laufenden Überschussanteile verzinslich ansammeln oder in Investmentfonds anlegen (siehe Nr. 5). Die von Ihnen gewünschte Art der Überschussverwendung haben wir in der Anlage zum Antrag dargelegt. Bei Ablauf der Versicherungsdauer oder bei einer vorzeitigen Beendigung der Versicherung können eventuell vorhandene Bewertungsreserven hinzukommen. Weitere Erläuterungen zur Überschussverwendung bei der Hauptversicherung sowie bei eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen können Sie den zugehörigen Paragrafen der einzelnen Bedingungswerke entnehmen.

Die Höhe der Überschussanteil-Sätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteil-Sätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung ist nicht garantiert.

Versicherungsmathematische Hinweise:

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifkalkulation ermittelt. Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten Leistungen der Hauptversicherung basiert auf den Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2008 T NR bei Vereinbarung des Nichtrauchertarifs, ansonsten 2008 T R (jeweils getrennt nach Männern und Frauen) für Versicherungen mit überwiegendem Todesfallcharakter. Als Rechnungszins werden 1,75 % p. a. angesetzt.

17. Wie hoch sind der Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherungssumme 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 Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen können.

Bei einer vollständigen Kündigung erhalten Sie – soweit vorhanden – den Rückkaufswert, vermindert um einen Abzug, ggf. erhöht um Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Der Rückkaufswert orientiert sich an dem Deckungskapital Ihrer Versicherung zum maßgebenden Kündigungstermin. Ist Ihre Versicherung beitragspflichtig, setzen wir im Falle einer Beitragsfreistellung die Todesfallsumme aus der Hauptversicherung und die Leistungen aus eventuellen Zusatzversicherungen nach den in den Versicherungsbedingungen beschriebenen Regeln herab.

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

Werden die Versicherungsleistungen aufgrund des Dynamikplans erhöht, so erhöhen sich im Allgemeinen auch die Ga-

rantiewerte. Die aktualisierten Werte teilen wir Ihnen jeweils in einem Nachtrag zu Ihrer Versicherung mit.

18. Welche Fonds stehen Ihnen bei der fondsgebundenen Überschussbeteiligung zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken?

Die Beschreibungen der Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken der im Folgenden aufgeführten Fonds wurden mit den jeweiligen Fondsgesellschaften zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Informationen abgestimmt. Hierfür sind diese Gesellschaften alleine verantwortlich. Weitergehende Informationen, insbesondere auch über die mit den jeweiligen Investmentanlagen verbundenen Risiken, können Sie den aktuellen Verkaufsprospekt der Gesellschaften, ergänzt durch den jeweiligen letzten geprüften Jahresbericht und den jeweiligen Halbjahresbericht entnehmen. Für deren Vollständigkeit und Richtigkeit haftet der jeweilige Herausgeber. Bitte beachten Sie, dass im Hinblick auf alle diesbezüglichen Informationen der aktuelle Verkaufsprospekt allein maßgeblich ist, den Sie bei uns oder der Fondsgesellschaft in elektronischer oder gedruckter Form anfordern können. In den Verkaufsprospekten finden Sie auch Angaben darüber, in welcher Höhe die Fondsgesellschaften Kosten für die Verwaltung der Fonds berechnen. Aus der Verwaltungsvergütung zahlen die Fondsgesellschaften wiederkehrend Rückvergütungen in Höhe von monatlich umgerechnet bis zu 0,06 % des jeweiligen Fondsvermögens an uns oder an unsere Kooperationspartner für die Vermittlung und Betreuung von Versicherungen. Die Rückvergütung bezieht sich auf die jeweils in unseren Anlagenstöcken vorhandenen Vermögenswerte der einzelnen Fonds. Die Höhe der Rückvergütung für die Vermittlung zu einem bestimmten Fonds werden wir Ihnen auf Nachfrage mitteilen. Eine uns von den Fondsgesellschaften gezahlte Vergütung erhöht die Überschüsse, an denen Sie beteiligt werden.

DWS

Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 ***

WKN DWS1TH – ISIN LU0828003284

Investmentgesellschaft:
DWS Funds SICAV (Luxemburg)

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Garantiefonds mit einer 90 %igen Garantie des höchsten bisher erreichten Anteilwertes

Die DWS Investment S.A. garantiert, dass der Anteilwert des Fonds zuzüglich etwaiger Ausschüttungen nicht unter 90 % des höchsten erreichten Netto-Inventarwertes liegt. Sollte der Garantiewert nicht erreicht werden, wird die DWS Investment S.A. den Differenzbetrag aus eigenen Mitteln in das Fondsvermögen einzahlen.

Der Garantiewert wird täglich ermittelt:

Der Garantiewert entspricht 90 % des höchsten Netto-Inventarwertes. Dadurch wird die Höhe der gegebenen Garantie auf jeweils 90 % des höchsten Netto-Inventarwertes kontinuierlich nach oben nachgezogen. Mit dem jeweils zusätzlichen Erreichen einer weiteren „Lock-In“-Schwelle können so nacheinander verschiedene Garantiewerte erreicht werden, an denen alle Anteilinhaber partizipieren, so dass die Gleichbehandlung aller Anteilinhaber gewährleistet ist und der Anteilinhaber an dem höchsten erreichten Garantiewert partizipiert.

Sofern steuerliche Änderungen innerhalb des Garantiezeitraums die Wertentwicklung des Fonds negativ beeinflussen, ermäßigt sich die Garantie um den Betrag, den diese Differenz einschließlich entgangener markt- und laufzeitgerechter Wiederanlage pro Anteil ausmacht.

Einzelheiten zu der Garantie und zu dem aktuellen Garantieniveau können bei der Deutschen Asset & Wealth Management Investment GmbH, Mainzer Landstraße 178-190, 60327 Frankfurt am Main oder bei der DWS Investment S.A., Boulevard Konrad Adenauer, L-1115 Luxemburg erfragt werden.

Sie finden außerdem Erwähnung in den Jahres- und Halbjahresberichten des Fonds.

Bei der beschriebenen Garantiezusage der DWS Investment S.A. zu dem Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 handelt es sich nicht um eine Garantiezusage der AachenMünchener Lebensversicherung AG. Die AachenMünchener Lebensversicherung AG haftet nicht bei Nichterfüllung der Garantiezusage der DWS Investment S.A. Bei der DWS Funds SICAV und der DWS Investment S.A. handelt es sich um Investment- bzw. Verwaltungsgesellschaften nach luxemburgischem Recht, die anderen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterliegen als deutsche Lebensversicherer.

Aus der Garantiezusage der DWS Investment S.A. im Rahmen des Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 resultiert bei der fondsgebundenen Überschussbeteiligung ein bestimmter Mindestwert je Anteileinheit des auf den Garantiefonds entfallenden Fondsguthabens (Überschussguthaben). Inhalt und Umfang der Garantiezusage der DWS Investment S.A. ergeben sich aus deren vorstehender Beschreibung sowie aus dem Verkaufsprospekt der DWS Funds SICAV.

Die Garantiezusage der DWS Investment S.A. bezieht sich nicht auf eine absolute Höhe des auf den Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 entfallenden Fondsguthabens und auch nicht auf eine bestimmte Anzahl von Anteileinheiten.

Sollte der garantierte Mindestwert je Anteileinheit nicht erreicht werden, wird die DWS Investment S.A. den Differenzbetrag aus eigenen Mitteln in das Fondsvermögen einzahlen (vgl. vorstehende Fondsbeschreibung). Kommt die DWS Investment S.A. dennoch ihren Verpflichtungen nicht nach, haftet die AachenMünchener Lebensversicherung AG nicht. Sie wird in diesem Fall auch keine Zahlungen übernehmen, soweit sie sich aus dem von der DWS Investment S.A. erbrachten Betrag nicht ergeben.

Dachfonds:

DWS Multi Opportunities LD ***

WKN DWS 12A – ISIN LU0989117667

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Der Dachfonds DWS Multi Opportunities strebt als Anlageziel einen möglichst hohen Wertzuwachs in Euro an. Der Dachfonds investiert zu mindestens 51 % des Netto-Fondsvermögens in Zielfonds. Für den Fonds DWS Multi Opportunities können Anteile an in- und ausländischen Aktienfonds, gemischten Wertpapierfonds, Wertpapierrentenfonds und geldmarktnahen Wertpapierfonds erworben werden. Daneben kann das Fondsvermögen u. a. in Aktien, fest und variabel verzinslichen Wertpapieren, Aktienzertifikaten, Wandelschuldverschreibungen angelegt werden. Dabei wird auf eine internationale Streuung geachtet.

Aktienfonds (TRC – Trend Risk Control):

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

DWS TRC Deutschland ***

WKN DWS 08N – ISIN DE000DWS08N1

Der DWS TRC Deutschland legt mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Deutschland (WKN: 849 096) an. Darüber hinaus können Bankguthaben und Derivate erworben werden, soweit dies ausschließlich zu Absicherungszwecken geschieht. In Abhängigkeit von bestimmten Indikatoren und je nach Marktlage wird im DWS TRC Deutschland versucht, einen bestimmten Anteil des Aktienmarktrisikos abzusichern.

DWS TRC Global Growth ***

WKN DWS 1W8 – ISIN DE000DWS1W80

Der DWS TRC Global Growth legt mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Global Growth (WKN: 515 244) an. Darüber hinaus können Bankguthaben und Derivate erworben werden, soweit dies ausschließlich zu Absicherungszwecken geschieht. In Abhängigkeit von bestimmten

Indikatoren und je nach Marktlage wird im DWS TRC Global Growth versucht, einen bestimmten Anteil des Aktienmarktrisikos abzusichern.

DWS TRC Top Asien ***

WKN DWS 08Q – ISIN DE000DWS08Q4

Der DWS TRC Top Asien legt mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Top Asien (WKN: 976 976) an. Darüber hinaus können Bankguthaben und Derivate erworben werden, soweit dies ausschließlich zu Absicherungszwecken geschieht. In Abhängigkeit von bestimmten Indikatoren und je nach Marktlage wird im DWS TRC Top Asien versucht, einen bestimmten Anteil des Aktienmarktrisikos abzusichern.

DWS TRC Top Dividende ***

WKN DWS 08P – ISIN DE000DWS08P6

Der DWS TRC Top Dividende legt mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Top Dividende LD (WKN: 984 811) an. Darüber hinaus können Bankguthaben und Derivate erworben werden, soweit dies ausschließlich zu Absicherungszwecken geschieht. In Abhängigkeit von bestimmten Indikatoren und je nach Marktlage wird im DWS TRC Top Dividende versucht, einen bestimmten Anteil des Aktienmarktrisikos abzusichern.

Aktienfonds:

Deutsche Invest I European Value LD ***

WKN A0B 56Q – ISIN LU0195138150

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Der Deutsche Invest I European Value investiert vorwiegend in Aktien europäischer Unternehmen. Bei diesen Unternehmen handelt es sich nach Einschätzung des Fondsmanagements um unterbewertete Qualitätsaktien, sog. Value-Aktien. Mindestens 75 % des Fondsvermögens werden in Aktien von Emittenten mit Hauptniederlassung in einem Mitgliedstaat der EU, Norwegen und/oder Island angelegt. Diese Aktien gelten als unterbewertete erstklassige Wertpapiere, so genannte „Value Stocks“. Unter Substanzwerten sind Titel zu verstehen, deren Börsenkurs durch entsprechende fundamentale Unternehmensdaten untermauert ist.

Deutsche Invest I Top Euroland LD ***

WKN 552 517 – ISIN LU0145647052

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Mindestens 75 % des Fondsvermögens werden in Aktien von Emittenten mit Sitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion (EWU) investiert. Bei der Suche nach den Marktführern von heute und morgen kann das Fondsmanagement sowohl Large als auch Small und Mid Caps berücksichtigen, der Schwerpunkt liegt dabei auf hoch kapitalisierten Werten. Es werden rund 40 bis 60 unterschiedliche Aktien in das Portfolio genommen, die nach Einschätzung des Fondsmanagements günstig bewertet sind und damit Kurspotenzial haben.

DWS Akkumula ***

WKN 847 402 – ISIN DE0008474024

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der Aktienfonds DWS Akkumula erschließt mit seiner flexiblen Anlagestrategie die Chancen der internationalen Aktienmärkte. Neben der weltweiten Streuung an den Aktienbörsen nutzt der Fonds je nach Situation auch die Möglichkeiten der Rentenmärkte zur Ausbalancierung der Risiken, ähnlich einer Vermögensverwaltung.

DWS Aktien Strategie Deutschland ***

WKN 976 986 – ISIN DE0009769869

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS Aktien Strategie Deutschland investiert in Aktien aus dem HDAX-Index, d.h. Standardwerte sowie Aktien kleinerer und mittelgroßer Unternehmen.

DWS Deutschland ***

WKN 849 096 – ISIN DE0008490962

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der Fonds investiert in substanzstarke deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index unter flexibler Beimischung ausgewählter Small Caps und Mid Caps.

DWS Emerging Markets Typ O****

WKN 977 301 – ISIN DE0009773010

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS Emerging Markets investiert in Aktien von Unternehmen in Emerging Markets, die nach Einschätzung der DWS über eine starke Marktposition und überdurchschnittlich gute Wachstumsperspektiven verfügen. Zu den Risiken einer Anlage in Schwellenländern vgl. Verkaufsprospekt.

DWS European Opportunities ***

WKN 847 415 – ISIN DE0008474156

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der Fonds ist vorwiegend in mittleren Werten und Spezialwerten in Deutschland und Europa investiert. Dabei steht das Stock picking attraktiver Einzelwerte im Vordergrund - unabhängig von Größe oder Branche.

DWS Eurovesta ***

WKN 849 084 – ISIN DE0008490848

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Das aktiv gemanagte Portfolio wird vorwiegend in den 50 Werten des europäischen Blue Chip-Index Dow Jones STOXX50 investiert.

DWS Global Growth ***

WKN 515 244 – ISIN DE0005152441

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

DWS Global Growth ist der Fonds für Wachstumswerte – Aktien von Unternehmen, die ein überdurchschnittlich hohes strukturelles Wachstum aufweisen und nach Einschätzung des Fondsmanagements überdurchschnittlich gute Wachstumsperspektiven haben. Das Fondsmanagement kann zusätzlich, je nach Markteinschätzung, flexibel Titel aus Schwellenländern dem Portfolio beimischen.

DWS Global Value LD***

WKN 939 853 – ISIN LU0133414606

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Aktien von Unternehmen, die nach Einschätzung der DWS eine nach fundamentalen Kriterien überdurchschnittlich gute Substanz und eine günstige Bewertung aufweisen.

DWS Investa ***

WKN 847 400 – ISIN DE0008474008

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

DWS Investa investiert breit gestreut in die großen, international bekannten deutschen Qualitätsaktien, die sogenannten Blue Chips. Es werden aussichtsreiche Branchen identifiziert und erfolgversprechende Werte gekauft.

DWS Osteuropa ****

WKN 974 527 – ISIN LU0062756647

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Der DWS Osteuropa steht für Aktien ausgewählter Unternehmen Mittel- und Osteuropas sowie Russlands und der

Türkei. Zu den Risiken aufgrund der Spezialisierung auf einen bestimmten geografischen Bereich vgl. Verkaufsprospekt.

DWS Top Dividende LD ***

WKN 984 811 – ISIN DE0009848119

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS Top Dividende LD ist ein Aktienfonds mit Schwerpunkt in Aktien von Unternehmen mit hoher Marktkapitalisierung (Blue Chips), die eine hohe und nachhaltige Dividendenrendite erwarten lassen.

DWS US Growth ****

WKN 849 089 – ISIN DE0008490897

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS US Growth ist ein Aktienfonds mit Anlageschwerpunkt in große, daneben mittelgroße US-amerikanische Werte unter Beimischung kanadischer und mexikanischer Aktien.

DWS Vermögensbildungsfonds I LD***

WKN 847 652 – ISIN DE0008476524

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS Vermögensbildungsfonds I ist ein Aktienfonds, der sich bei seiner Anlagepolitik vorwiegend auf die internationa- len Standardwerte konzentriert und zusätzlich in aussichtsrei- che kleinere und mittlere Unternehmen zur Beimischung in- vestieren kann.

Themenfonds:

Deutsche Invest I Gold and Precious Metals Equities LD ***

WKN DWS OTP – ISIN LU0363470401

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Der Deutsche Invest I Gold and Precious Metals Equities LD ist ein Aktienfonds mit Anlageschwerpunkt in weltweit aus- sichtsreiche Unternehmen mit Geschäftsfeld im Edelmetall- sektor.

DWS Global Natural Resources Equity Typ O ****

WKN 847 412 – ISIN DE0008474123

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der Fonds bietet eine Möglichkeit der Anlage des Roh- stoffsegments über Aktien, Wandel- und Optionsanleihen von Unternehmen der Rohstoffbranche.

DWS Top 50 Welt ***

WKN 976 979 – ISIN DE0009769794

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

DWS Top 50 Welt steht für 50 überwiegend international aus- gerichtete Aktiengesellschaften, die sich durch ihre Qualität, Perspektiven und Positionierung mit Blick auf die bedeuten- den, globalen Trends der nächsten Jahre (Bevölkerungs- wachstum in den Emerging Markets, Gesundheit, Information, Markennamen sowie Öl-/Energieverbrauch) auszeichnen.

DWS Top Asien ***

WKN 976 976 – ISIN DE0009769760

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

DWS Top Asien steht für ausgewählte Unternehmen aus dem asiatischen und pazifischen Raum. Bei der Auswahl der Unternehmern werden unter anderem eine Ausrichtung auf lang- fristig gute Erträge, eine starke Marktstellung und eine solide Finanzbasis berücksichtigt.

DWS Top Europe ***

WKN 976 972 – ISIN DE0009769729

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS Top Europe ist ein attraktiver europäischer Basisaktienfonds. Die Anlage erfolgt in Aktien ausgewählter europäischer Aktiengesellschaften mit wertorientierter Unternehmensführung, d. h. Ziel der Unternehmensführung ist die Erwirtschaftung langfristig überdurchschnittlicher Renditen für die Anleger.

DWS Zukunftsressourcen ****

WKN 515 246 – ISIN DE0005152466

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS Zukunftsressourcen ist ein Aktienfonds mit Anlage-schwerpunkt in ausgewählte Unternehmen der Sektoren Wasser, Agrochemie und erneuerbare Energien.

Gemischte Fonds:

DWS Balance **

WKN 847 419 – ISIN DE0008474198

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der Fonds investiert mindestens 35 % des Fondsvermögens in verzinsliche Wertpapiere, in Zertifikate auf Renten bzw. Rentenindizes oder in Rentenfonds. Davon müssen mindestens 51 % der entsprechenden Investmentquote in auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte Wertpapiere von Emittenten angelegt werden, die zum Zeitpunkt ihres Erwerbs über einen Investment-Grade Status verfügen. Bis zu 65 % des Fondsvermögens müssen in Aktien, Aktienfonds bzw. Aktienzertifikaten angelegt werden. Bis zu 10 % des Fondsvermögens dürfen in Zertifikaten auf Rohstoffe und Rohstoffindizes angelegt werden.

DWS Defensiv **

WKN DWS 1UR – ISIN DE000DWS1UR7

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Fonds investiert zu mindestens 65 % des Fondsvermögens in verzinsliche Wertpapiere, in Zertifikate auf Renten bzw. Rentenindizes oder in Rentenfonds. Davon müssen mindestens 51 % der entsprechenden Investmentquote in auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte Wertpapiere von Emittenten angelegt werden, die zum Zeitpunkt ihres Erwerbs über einen Investment-Grade Status verfügen. Bis zu 35 % des Fondsvermögens dürfen in Aktien, Aktienfonds, Aktienzertifikaten sowie Zertifikaten auf Rohstoffe und Rohstoffindizes angelegt werden.

DWS Sachwerte ***

WKN DWS 0W3 – ISIN DE000DWS0W32

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

DWS Sachwerte kann flexibel auf Inflationstendenzen und die unterschiedliche Intensität der Geldentwertung in Abhängigkeit vom zugrunde liegenden fundamentalen Szenario reagieren. Je nach Einschätzung des Szenarios kann in folgende Instrumente investiert werden: Aktien, Immobilienbeteiligungen, Rohstoffe, Edelmetalle und inflationsindexierte Anleihen. Dies sind alles Anlageklassen, die als Sachwerte bezeichnet werden können. Das Fondsmanagement gewichtet die einzelnen Sachwerte im Portfolio entsprechend seiner Einschätzung der Inflationsszenarien.

DWS Top Portfolio Offensiv ***

WKN 984 801 – ISIN DE0009848010

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS Top Portfolio Offensiv legt mindestens 60 % des Fondsvermögens in Aktien, Aktienzertifikaten und Aktienfonds an. Bis zu 40 % des Fondsvermögens werden in verzinslichen Wertpapieren wie z. B. Staatsanleihen, Unternehmensanleihen bzw. Wandelanleihen in- und ausländischer Aussteller, in Zertifikaten auf Renten bzw. Rentenindizes oder in Rentenfonds angelegt. Bis zu 10 % des Fondsvermögens dürfen in Zertifikaten auf Rohstoffe und Rohstoffindizes angelegt wer-

den. Bis zu jeweils 40 % des Fondsvermögens dürfen in Geldmarktinstrumenten, in Geldmarktfonds und in Geldmarktfonds mit kurzer Laufzeitstruktur bzw. Bankguthaben angelegt werden.

Rentenfonds:

Deutsche Invest I Emerging Markets Corporates LDH ***

WKN DWS 00B – ISIN LU0507269834

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Global investierender Emerging-Market-Unternehmensanleihefonds. Der Fonds investiert in Unternehmensanleihen aus Schwellenländern. Investitionen erfolgen sowohl in Anleihen mit Investment-Grade-Rating als auch in High-Yield-Anleihen. Der Fonds investiert vornehmlich in US-Dollar denominierte Anleihen.

Deutsche Invest I Euro Bonds (Short) LD **

WKN 551 874 – ISIN LU0145656475

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Auf Euro lautende Anleihen, Wandelanleihen, sonstige festverzinsliche Wertpapiere oder Anleihen mit variablem Zinssatz und mit einer durchschnittlichen Laufzeit von ein bis drei Jahren.

DWS Covered Bond Fund LD **

WKN 847 653 – ISIN DE0008476532

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der Fonds investiert in Staatsanleihen und öffentliche Pfandbriefe unter Beimischung von Genussscheinen und Wandelanleihen und begrenztem Einsatz derivativer Instrumente. Anlage von mehr als 35 % des Fondsvermögens in Schuldverschreibungen der Bundesrepublik Deutschland, der Französischen Republik und der Italienischen Republik möglich.

DWS ESG Global-Gov Bonds LC **

WKN 847 408 – ISIN DE0008474081

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der Fonds steht für Anleihen guter und sehr guter Bonität, vor allem Staatspapiere, unter Beimischung günstig bewerteter Unternehmens- und Bankanleihen. Nutzung der internationalen Zinsdifferenzen.

DWS Euroland Strategie (Renten) **

WKN 847 403 – ISIN DE0008474032

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der Fonds steht für Euro-Rentenpapiere bzw. Rentenwerte aus Euroland von Adressen guter Bonität, neben Staatsanleihen höher rentierliche Zinspapiere wie Unternehmensanleihen, Genussscheine, Asset Backed Securities und Bankschuldverschreibungen. Aktive Steuerung des Portfolios nach Zinssätzen und Laufzeiten. Anlage von mehr als 35 % des Fondsvermögens in Schuldverschreibungen der Bundesrepublik Deutschland, der Französischen Republik und der Italienischen Republik möglich.

DWS Europa Strategie (Renten) **

WKN 976 977 – ISIN DE0009769778

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS Euro Strategie (Renten) ist ein Rentenfonds mit Schwerpunkt auf Europäische Anleihen und Währungen mit dem Fokus auf dem Thema "Euro". Kombination von Zins- und Währungsstrategien unter Ausnutzung der makroökonomischen Unterschiede zwischen Euroland und europäischen Ländern mit eigener Währung.

DWS Eurorenta **

WKN 971 050 – ISIN LU0003549028

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

DWS Eurorenta ist ein marktbreiter europäischer Rentenfonds mit flexiblem Management der Laufzeiten und Währungen. Das Fondsmanagement legt Wert auf eine ausgewogene Fondsstruktur.

DWS Inter-Renta LD ***

WKN 847 404 – ISIN DE0008474040

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

DWS Inter-Renta LD investiert weltweit in festverzinsliche Wertpapiere unter Ausnutzung des internationalen Zinsgefäßes. Die damit verbundenen Devisenpositionen werden den jeweiligen Währungseinschätzungen entsprechend flexibel über Devisentermingeschäfte abgesichert.

DWS Vermögensbildungsfonds R **

WKN 847 651 – ISIN DE0008476516

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der Schwerpunkt des DWS Vermögensbildungsfonds R liegt auf Euro-Anleihen vorwiegend europäischer Emittenten. Daneben werden vereinzelt auch die Chancen auf den internationalen Rentenmärkten genutzt.

DWS Zinseinkommen **

WKN: DWS 037 – ISIN: LU0649391066

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Ausschüttungsorientierter Euroland-Rentenfonds; der Fonds investiert in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind Anlagen in Unternehmens- und Finanzanleihen, Nachranganleihen und ABS möglich. Der Fonds investiert in auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte Wertpapier. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

Absolute-Return-Fonds:**Deutsche Invest I Income Strategy Systematic LD ****

WKN DWS 0ZN – ISIN LU0507266905

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Ziel der Anlagepolitik ist die Erwirtschaftung eines nachhaltigen Wertzuwachses. Um dies zu erreichen, investiert der Fonds in Geldmarktinstrumente und Barmittel. Zusätzlich nutzt der Fonds den Einsatz von Derivaten um Preis- und Kursschwankungen der Renten- und Devisenmärkte zu nutzen und an Inflationstendenzen zu partizipieren.

DWS Concept Kaldemorgen LD ***

WKN DWS K01 – ISIN LU0599946976

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Das Ziel des DWS Concept Kaldemorgen besteht darin, in Euro eine Gesamtrendite über Anlagen in verschiedenen Märkten und Instrumenten je nach Konjunkturzyklus und Einschätzung des Fondsmanagements zu erzielen. Der Fonds ist bestrebt, Long-Positionen und synthetische Short-Positionen aufzubauen, um von der Über- bzw. Unterbewertung verschiedener Anlageklassen/-instrumente zu profitieren, und Anlagen in Derivaten zur Absicherung von Marktrisiken einzusetzen.

Kurzlaufende Rentenfonds**(Geldmarkt-/geldmarktnahe Fonds):****DWS Flexizins Plus ***

WKN 847 423 – ISIN DE0008474230

Verwaltungsgesellschaft:

Deutsche Asset & Wealth Management Investment GmbH

Der DWS Flexizins Plus steht für Euro-Geldmarktinstrumente, inklusive Asset Backed Securities (ABS). Konzentration auf gute und sehr gute Emittenten-Bonität (AAA bis A). Durch kurze durchschnittliche Zinsbindung (in der Regel ein bis drei Monate) nur geringes Zinsänderungsrisiko.

DWS Floating Rate Notes *

WKN 971 730 – ISIN LU0034353002

Verwaltungsgesellschaft:

DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Anlageziel ist eine von Zins- und Währungsschwankungen weitgehend unabhängige geldmarktnahe Wertentwicklung in Euro. Dazu investiert der Fonds vorwiegend in variabel verzinsliche Anleihen sowie Kurzläufer und Termingelder. Aktives Laufzeitenmanagement im kürzeren Segment. Zinseszinseffekt durch Thesaurierung der Erträge.

Anlageziele, Chancen und Risiken der vorstehenden DWS-Fonds:

Die jeweiligen Fonds der angebotenen Fondspalette unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Anlageziele und der damit verbundenen Chancen und Risiken. Nachstehend möchten wir Ihnen einen kurzen Überblick über die einzelnen Anlageziele und die möglichen Risiken geben.

* Anlageziel der Fonds: stetige Wertentwicklung
Mögliche Risiken: kurzfristig moderate Kursschwankungen möglich, aber mittel-/langfristig kein Vermögensverlust

** Anlageziel der Fonds: höheres Zinseinkommen; mögliche Kursgewinne
Mögliche Risiken: Kursrisiken aus Zins- und Währungsschwankungen sind möglich, geringe Bonitätsrisiken (d.h. Kapitalverlust unwahrscheinlich)

*** Anlageziel der Fonds: Ertragserwartung liegt über dem normalen Zinsniveau, Kapitalzuwachs überwiegend aus Aktien und Währungschancen
Mögliche Risiken: hohe Kursrisiken aus möglichen Aktien-, Zins- und Währungsschwankungen, Bonitätsrisiken sind gegeben.

**** Anlageziel der Fonds: überdurchschnittlich hohe Ertragserwartungen, Vermögenszuwachs vorrangig aus Marktchancen
Mögliche Risiken: überdurchschnittlich hohe Verlustrisiken des eingesetzten Kapitals, höhere Bonitätsrisiken

Weitergehende Informationen können Sie den jeweiligen Verkaufsprospekt entnehmen.

Generali Investments**Absolute-Return-Fonds:****Generali AktivMix Ertrag**

WKN 415 630 – ISIN DE0004156302

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Deutschland Kapitalanlagegesellschaft mbH

Der Fonds Generali AktivMix Ertrag strebt als Anlageziel eine mittel- bis langfristig möglichst stetige Wertentwicklung sowie unabhängig von der Marktsituation ein positives Ergebnis in jedem Kalenderjahr an. Langfristig soll die Wertentwicklung über der Wertentwicklung des Geldmarktes liegen. Hierzu legt der Fonds hauptsächlich in Geldmarkttitel und festverzinsliche Wertpapiere, in börsengehandelte Immobilienaktien (REITs) aus dem Euro-Raum sowie ergänzend in Aktien von Unternehmen an, die überwiegend im Euro-Raum ansässig sind. Der Schwerpunkt im Bereich der festverzinslichen Wertpapie-

re liegt dabei auf Staatsanleihen, Unternehmensanleihen und europäischen Pfandbriefen. Je nach Marktsituation kann das Fondsmanagement die Verteilung des Portfolios aktiv verändern. Der Fonds kann Derivatgeschäft tätigen, um Vermö-

genspositionen abzusichern oder in der Absicht, höhere Wertzuwächse zu erzielen. Dadurch erhöhte Chancen gehen mit erhöhten Verlustrisiken einher.

Fondsübersicht mit den Anlageschwerpunkten und der Wertentwicklung der Fonds in den letzten Jahren

Um Ihnen einen Eindruck zu geben, mit welchen Chancen und Risiken die Entwicklung des Fondsguthabens Ihrer Versicherung verbunden ist, haben wir nachfolgend die Wertentwicklung der Fonds jeweils zum Jahresende dargestellt. Dabei haben wir die letzten zehn Jahre bzw. die – grundsätzlich vollen – Jahre seit Auflage des Fonds berücksichtigt. Fonds ohne Angaben zur Wertentwicklung wurden erst vor einiger Zeit aufgelegt. Deshalb können wir hierzu noch keine Angaben zur Wertentwicklung eines vollständigen Kalenderjahres machen.

Die Wertentwicklung für die einzelnen Jahre wurde nach der Methode des Bundesverbandes Deutscher Investment-Gesellschaften e. V. (BVI-Methode) errechnet. Sie beruht auf der Annahme eines einmalig angelegten Betrags ohne Berücksichtigung eines Ausgabeaufschlags. Ertragsausschüttungen werden zum Anteilwert am Ausschüttungstag wiederangelegt. Die Angaben zur bisherigen Wertentwicklung erlauben keine Prognosen für die Zukunft. Selbstverständlich besteht das Risiko, dass zukünftig auch höhere Verluste erwirtschaftet werden – aber auch die Chance auf bessere Ergebnisse. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich Wertverluste, aber auch Gewinne am Ende des Ansparganges stärker auswirken als zu Beginn, da sie das gesamte angesparte Fondsguthaben beeinflussen.

Alle wichtigen Fondsdaten und die aktuelle Wertentwicklung der für Ihren Vertrag gewählten Investmentfonds haben wir auf unserer Homepage www.amv.de für Sie zusammengestellt.

Fonds / Fondskürzel	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013

Garantiefonds

DWS Funds Global Protect 90	WK	Garantiefonds mit einer 90%igen Garantie des höchsten bisher erreichten Anteilwertes									
-----------------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dachfonds

DWS Multi Opportunities	WP	Multi-Asset-Dachfonds, weltweit									
-------------------------	----	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aktienfonds (TRC – Trend Risk Control)

DWS TRC Deutschland	WB	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Deutschland								+ 25,4	+ 22,5
DWS TRC Global Growth	WN	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Global Growth									
DWS TRC Top Asien	WC	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Top Asien								+ 6,4	- 5,4
DWS TRC Top Dividende	WD	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Top Dividende LD								+ 2,1	+ 4,7

Fonds / Fondskürzel	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013

Aktienfonds

Deutsche Invest I European Value LD	ET	Aktienfonds mit Ausrichtung auf dividendenstarke europäische Aktien	+ 8,7	+ 21,5	+ 18,1	+ 6,2	- 46,6	+ 24,9	+ 6,8	- 8,8	+ 9,8	+ 19,6
Deutsche Invest I Top Euroland LD	WL	Europäische Wirtschafts- und Währungsunion	+ 8,4	+ 26,7	+ 17,9	+ 9,2	- 44,4	+ 30,8	+ 14,3	- 18,1	+ 27,8	+ 26,7
DWS Akkumula	EL	Weltweite Aktienanlage, flexible Rentenbeimischung	+ 7,2	+ 23,5	+ 13,0	+ 6,2	- 31,9	+ 28,1	+ 4,1	- 10,1	+ 11,2	+ 17,8
DWS Aktien Strategie Deutschland	GI	Aktien aus dem HDAX-Index	+ 13,5	+ 31,2	+ 28,4	+ 17,9	- 46,3	+ 31,2	+ 30,6	- 17,5	+ 32,7	+ 37,8
DWS Deutschland	WF	Deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index	+ 6,3	+ 28,2	+ 22,3	+ 20,9	- 34,7	+ 33,8	+ 25,6	- 16,4	+ 36,9	+ 30,3
DWS Emerging Markets Typ O	EZ	Aktien in Emerging Markets	+ 11,4	+ 56,9	+ 24,1	+ 24,1	- 59,9	+ 79,3	+ 22,8	- 21,5	+ 12,1	- 6,3
DWS European Opportunities	EI	Mittlere europäische Unternehmen mit Schwerpunkt Deutschland	+ 21,5	+ 34,3	+ 28,4	- 2,4	- 58,9	+ 42,9	+ 24,1	- 17,7	+ 27,4	+ 29,4
DWS Eurovesta	EH	Europäische „Blue Chips“, Orientierung am DOW JONES STOXX 50	+ 7,4	+ 31,7	+ 16,5	+ 9,1	- 52,9	+ 42,7	+ 15,7	- 19,3	+ 18,4	+ 21,5
DWS Global Growth	WI	Wachstumswerte, Beimischung flexibler Titel aus Schwellenländern			+ 8,2	+ 16,2	- 39,6	+ 33,7	+ 24,3	- 5,6	+ 14,2	+ 15,4
DWS Global Value LD	ES	Aktienfonds für die globale substanzielle Anlage	+ 15,7	+ 34,4	+ 10,4	+ 5,7	- 41,5	+ 33,8	+ 16,4	- 7,9	+ 9,4	+ 25,3
DWS Investa	EG	Deutsche Aktien „Blue Chips“	+ 1,2	+ 28,4	+ 22,2	+ 16,9	- 44,0	+ 34,6	+ 17,3	- 19,2	+ 32,1	+ 34,6
DWS Osteuropa	GH	Ausgewählte Unternehmen Mittel- und Osteuropas, Russlands sowie der Türkei	+ 32,8	+ 61,5	+ 29,9	+ 23,3	- 69,2	+ 87,3	+ 34,1	- 23,6	+ 17,3	- 5,3
DWS Top Dividende LD	GJ	Aktien von Unternehmen mit hoher Marktkapitalisierung („Blue Chips“)	+ 20,7	+ 19,1	+ 18,2	+ 7,1	- 35,5	+ 29,9	+ 16,4	+ 5,1	+ 7,5	+ 12,5
DWS US Growth	GA	Große US-amerikanische Werte	+ 2,3	+ 22,9	+ 2,7	+ 1,2	- 39,6	+ 31,2	+ 23,2	- 1,6	+ 11,1	+ 29,1
DWS Vermögensbildungsfonds I LD	EK	Internationale Aktien, vorwiegend Standardwerte	+ 6,9	+ 22,1	+ 11,1	+ 0,6	- 31,4	+ 23,1	+ 8,8	- 11,0	+ 11,1	+ 16,8

Themenfonds

Deutsche Invest I Gold and Precious Metals Equities LD	WA	Aktien weltweit aussichtsreicher Unternehmen mit Geschäftsfeld im Edelmetallsektor					- 30,3	+ 48,2	+ 51,4	- 20,5	- 12,4	- 51,8
DWS Natural Resources Equity Typ O	GL	Aktien, Wandel- und Optionsanleihen von Unternehmen der Rohstoffbranche	- 6,0	+ 33,9	+ 10,5	+ 28,0	- 53,3	+ 78,5	+ 23,8	- 29,8	- 0,5	- 22,2
DWS Top 50 Welt	EE	50 ausgewählte „Qualitätstitel“, die von globalen Trends profitieren	+ 3,0	+ 22,0	+ 2,1	+ 5,5	- 38,3	+ 30,4	+ 13,0	- 6,4	+ 9,8	+ 16,7
DWS Top Asien	EF	ausgewählte Aktien aus dem asiatisch-pazifischen Raum	+ 7,2	+ 47,7	+ 15,8	+ 17,8	- 44,4	+ 48,8	+ 21,5	- 16,9	+ 12,9	+ 3,8
DWS Top Europe	ED	ausgewählte europäische Unternehmen mit „wertorientiertem Management“	+ 9,5	+ 27,1	+ 17,8	+ 7,0	- 45,1	+ 32,8	+ 22,0	- 15,6	+ 23,2	+ 20,0
DWS Zukunftsressourcen	GZ	Aktien ausgewählter Unternehmen der Sektoren Wasser, Agrochemie und erneuerbare Energien			+ 8,4	+ 30,7	- 44,5	+ 24,8	+ 11,3	- 17,5	+ 11,4	+ 19,4

Gemischte Fonds

DWS Balance	GK	mindestens 35 % in verzinsliche Wertpapiere, Rentenzertifikate, Rentenfonds; bis zu 65 % in Aktien, Aktienfonds bzw. Aktienzertifikate; bis zu 10 % in Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes	+ 6,2	+ 13,7	+ 8,9	+ 5,4	- 22,2	+ 14,6	+ 5,7	- 5,1	+ 7,4	+ 7,8
DWS Defensiv	WM	mindestens 65 % in verzinsliche Wertpapiere, Rentenzertifikate, Rentenfonds; bis zu 35 % in Aktien, Aktienfonds, Aktienzertifikate sowie Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes										
DWS Sachwerte	GU	Sachwerte							+ 10,1	- 6,1	+ 1,3	+ 2,3
DWS Top Portfolio Offensiv	WO	mindestens 60 % in Aktien, Aktienzertifikaten, Aktienfonds; bis zu 40 % in verzinsliche Wertpapiere; bis zu 10 % in Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes	+ 1,7	+ 29,3	+ 12,3	+ 6,7	- 40,6	+ 27,6	+ 13,2	+ 6,8	+ 17,0	+ 14,1

Fonds / Fondskürzel	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013

Rentenfonds

Deutsche Invest I Emerging Markets Corporates LDH	GX	Fondsinvestitionen in Unternehmensanleihen aus Schwellenländern							+ 3,7	+ 17,5	- 2,5
Deutsche Invest I Euro Bonds (Short) LD	GW	Euroland-Rentenfonds mit Fokus auf Anleihen mit einer durchschnittlichen Laufzeit von bis zu drei Jahren	+ 2,6	+ 1,5	+ 1,4	+ 2,5	+ 2,7	+ 5,5	+ 0,6	+ 1,9	+ 6,9
DWS Covered Bond Fund LD	GM	Staatsanleihen und öffentliche Pfandbriefe	+ 3,0	+ 1,6	+ 1,4	+ 2,6	+ 3,7	+ 4,8	- 1,0	+ 1,5	+ 11,4
DWS ESG Global-Gov Bonds LC	GF	Anleihen guter und sehr guter Bonität, vor allem Staatspapiere	+ 4,7	+ 6,6	- 2,8	- 0,9	+ 2,0	+ 4,3	+ 4,9	+ 5,0	+ 3,2
DWS Euroland Strategie (Renten)	GN	Euro-Rentenwerte guter Bonität	+ 6,8	+ 3,8	+ 0,3	+ 1,4	- 5,7	+ 13,7	+ 3,3	- 1,1	+ 7,5
DWS Europa Strategie (Renten)	GE	Europäische Anleihen und Währungen, Fokus auf dem Thema „Euro“	+ 9,2	+ 6,8	+ 0,3	+ 3,9	- 4,9	+ 9,3	+ 4,5	+ 0,5	+ 6,0
DWS Eurorenta	EM	Marktbreiter europäischer Rentenfonds	+ 8,4	+ 8,1	+ 0,1	+ 2,6	- 4,6	+ 9,1	+ 2,6	+ 1,3	+ 9,3
DWS Inter-Renta LD	EO	Weltweite Anlage in Renten-Werten	+ 1,3	+ 8,2	- 5,5	- 3,1	+ 2,6	+ 6,2	+ 8,2	+ 9,0	+ 5,2
DWS Vermögensbildungsfonds R	EN	Euro-Anleihen vorwiegend europäischer Emittenten	+ 6,7	+ 3,6	- 0,6	+ 1,4	+ 2,9	+ 7,0	+ 1,5	+ 2,5	+ 13,4
DWS Zinseinkommen	WG	Auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte verzinsliche Wertpapiere: Staatsanleihen, Unternehmensanleihen und Covered Bonds								+ 4,9	+ 2,0

Absolute-Return-Fonds

Deutsche Invest I Income Strategy Systematic LD	WJ	Verzinsliche Wertpapiere; u. a. Geldmarkt- und Kassainstrumente sowie Unternehmensanleihen								+ 4,2	- 5,5
DWS Concept Kaldemorgen LD	WH	Aktien internationaler Aussteller, fest- sowie variabel verzinsliche Wertpapiere und Geldmarktinstrumente								+ 11,3	+ 5,8
Generali AktivMix Ertrag	AL	Anlage in den klassischen wertstabilen Anlagesegmenten Renten, Geldmarkt und immobilienorientierte Wertpapiere	+ 1,3	+ 2,3	+ 1,2	+ 2,7	+ 1,1	+ 6,3	+ 1,9	- 1,9	+ 3,6

Kurzlaufende Rentenfonds (Geldmarkt-/geldmarktnahe Fonds)

DWS Flexizins Plus	GP	Euro-Geldmarktinstrumente	+ 2,0	+ 2,0	+ 2,7	+ 3,2	- 0,5	- 0,7	+ 0,6	+ 1,0	+ 0,6
DWS Floating Rate Notes	GY	Variabel verzinsliche Anleihen sowie Kurzläufer und Termingelder	+ 2,0	+ 1,7	+ 2,3	+ 3,3	+ 4,2	+ 1,2	+ 0,5	+ 1,1	+ 1,4

19. Welche Steuerregelungen gelten allgemein für Risiko-Lebensversicherungen und für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen?

Die nachstehenden Angaben über die Steuerregelungen gelten für privat abgeschlossene Verträge und insoweit, als das deutsche Steuerrecht Anwendung findet. Letzteres setzt grundsätzlich voraus, dass der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

Bei den Ausführungen handelt es sich lediglich um allgemeine Angaben. Verbindliche Auskünfte über die steuerliche Behandlung von Beiträgen oder Versicherungsleistungen dürfen Ihnen außer dem zuständigen Finanzamt nur die im Steuerberatungsgesetz bezeichneten Personen (insbesondere Steuerberater) erteilen. Unsere Vermittler sind nicht befugt, Sie steuerlich zu beraten. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Informationen sowie für Angaben von Vermittlern zu steuerlichen Fragen übernehmen wir keine Haftung.

Die Ausführungen entsprechen dem Stand Juni 2014 der Steuergesetzgebung. Die Anwendung der Steuerregelungen auf den jeweiligen Vertrag kann sich auch während der Laufzeit des Vertrags noch ändern. Insbesondere kann sich aus der Änderung von Gesetzen, Verordnungen und Verwaltungsanweisungen oder auch der Rechtsprechung während der weiteren Vertragslaufzeit sowie durch einvernehmliche Vertrags-

änderungen eine abweichende steuerliche Behandlung ergeben.

A Einkommensteuer

(1) Risiko-Lebensversicherungen

Risiko-Lebensversicherungen sind steuerlich begünstigt. Die um die evtl. Beitragsanrechnung aus der Überschussbeteiligung geminderten Tarifbeiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a in Verbindung mit § 10 Abs. 4 EStG – Einkommensteuergesetz). Die Versicherungsleistung einer Risiko-Lebensversicherung ist stets einkommensteuerfrei.

(2) Erhöhungsversicherungen zu Risiko-Lebensversicherungen nach dem Dynamikplan

Planmäßige Erhöhungen nach dem Dynamikplan zu Risiko-Lebensversicherungen unterliegen den gleichen Steuerregelungen wie die Grundversicherung.

(3) Zusatzversicherungen zu Risiko-Lebensversicherungen

Die um die evtl. Beitragsanrechnung aus der Überschussbeteiligung geminderten Tarifbeiträge, die auf Zusatzversicherungen

(Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts- oder Pflegerenten-Zusatzversicherung sowie Pflegerentenopti ons-Zusatzversicherungen nach Tarif PO) zu Risiko-Lebensversicherungen entfallen, können – wie die Beiträge für die Hauptversicherung – als Sonderausgaben abgezogen werden.

Renten aus Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV (Einkommensteuer-Durchführungsverordnung) zu versteuern. Nachfolgend sind für einige mögliche Laufzeiten der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente (in Jahren) die zugehörigen Ertragsanteile beispielhaft angegeben:

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

Leibrenten aus Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils hängt vom vollendeten Lebensjahr der versicherten Person bei Rentenbeginn (Rentenbeginnalter) ab. Nachfolgend sind für einige Rentenbeginnalter (in Jahren) die zugehörigen Ertragsanteile (in Prozent) beispielhaft angegeben:

Rentenbeginnalter	1	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Ertragsanteil (in %)	59	57	55	52	50	47	44	41	38	34	30	26	22

Pflegerenten sowie eventuelle Kapital-Leistungen aus Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

B Erbschaftsteuer (Schenkungsteuer)

Ansprüche oder Leistungen aus Risiko-Lebensversicherungen und ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer (Schenkungsteuer), wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie weder erbschaft- noch schenkungsteuerpflichtig.

C Versicherungsteuer

Beiträge zu Risiko-Lebensversicherungen und ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen sind in Deutschland nach § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit.

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 Versicherungsmisbrauch im Interesse der Versichertengemeinschaft zu verhindern. Versicherungen können dabei heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung erfüllen.

Die Wahrung der informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Privatsphäre sowie die Sicherheit der Datenverarbeitung sind für die Versicherungswirtschaft ein Kernanliegen, um das Vertrauen der Versicherten zu gewährleisten. Alle Regelungen müssen nicht nur im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzrichtlinie, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und aller bereichsspezifischen Vorschriften über den Datenschutz stehen, sondern die 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 Datensicherheitsbelange 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 zu stande 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 Förderungsausgleichs. 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 (Fähigkeit),
 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 Widerufsmöglichkeit 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 Schweigepflichtentbindungserklärung der Betroffenen und nach Maßgabe des § 213 VVG.
- (3) Das Unternehmen, das personenbezogene Daten ohne Mitwirkung der Betroffenen erhebt, stellt sicher, dass die Betroffenen anlässlich der ersten Speicherung über diese, die Art der Daten, die Zweckbestimmung der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung und die Identität der verantwortlichen Stelle informiert werden. Die Information unterbleibt, soweit die Betroffenen auf andere Weise von der Speicherung Kenntnis erlangt haben, wenn für eigene Zwecke gespeicherte Daten aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen sind und eine Benachrichtigung wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle unverhältnismäßig ist oder wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden rechtlichen Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen.

V. Verarbeitung personenbezogener Daten

Art. 9 Gemeinsame Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

- (1) Wenn das Unternehmen einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen angehört, können die Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung dieser Verhaltensregeln (insbesondere der Artikel 21 und 22) durch die für das gemeinsame Verfahren verantwortliche Stelle gewährleistet ist.
- (2) Stammdaten weiterer Personen werden in gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren nur erhoben, verarbeitet und genutzt, soweit dies für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Dies ist technisch und organisatorisch zu gewährleisten.
- (3) Abweichend von Absatz 1 können die Versicherungsunternehmen der Gruppe auch weitere Daten aus Anträgen und Verträgen anderer Unternehmen der Gruppe verwenden. Dies setzt voraus, dass dies zum Zweck der Beurteilung des konkreten Risikos eines neuen Vertrages vor dessen Abschluss erforderlich ist. Die Betroffenen müssen auf das Vorhandensein von Daten in einem anderen Unternehmen der Gruppe hingewiesen haben oder erkennbar vom Vorhandensein ihrer Daten in einem anderen Unternehmen der Gruppe ausgegangen sein sowie in den Datenabruft eingewilligt haben.
- (4) Erfolgt eine gemeinsame Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Daten gemäß Absatz 1, werden die Versicherten darüber bei Vertragsabschluss oder bei Neueinrichtung eines solchen Verfahrens in Textform informiert.
- (5) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste aller Unternehmen der Gruppe bereit, die an einer zentralisierten Bearbeitung teilnehmen und macht diese in geeigneter Form bekannt.
- (6) Nimmt ein Unternehmen für ein anderes Mitglied der Gruppe Datenerhebungen, -verarbeitungen oder -nutzungen vor, richtet sich dies nach Artikel 21 oder 22 dieser Verhaltensrichtlinie.

Art. 10 Tarifkalkulation und Prämienberechnung

- (1) Die Versicherungswirtschaft errechnet auf der Basis von Statistiken und Erfahrungswerten mit Hilfe versicherungsmathematischer Methoden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Versicherungsfällen sowie deren Schadenhöhe und entwickelt auf dieser Grundlage Tarife. Dazu werten Unternehmen Daten aus Versicherungsverhältnissen ausschließlich in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form aus.
- (2) Eine Übermittlung von Daten an den GDV, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. oder andere Stellen zur Errechnung unternehmensübergreifender Statistiken oder zur Tarifkalkulation erfolgt nur in anonymisierter oder – soweit erforderlich – pseudonymisierter Form. Der Rückschluss auf die Betroffenen ist auszuschließen.
- (3) Zur Ermittlung der risikogerechten Prämie werden diese Tarife auf die individuelle Situation des Antragstellers angewandt. Darüber hinaus kann eine Bewertung des individuellen Risikos des Antragstellers durch spezialisierte Risikoprüfer, z. B. Ärzte, in die Prämienermittlung einfließen. Hierzu werden auch personenbezogene Daten verwendet, die im Rahmen dieser Verhaltensrichtlinie erhoben worden sind.

Art. 11 Scoring

Für das Scoring gelten die gesetzlichen Regelungen, insbesondere § 28b BDSG.

Art. 12 Bonitätsdaten

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Bonitätsdaten gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 13 Automatisierte Einzelentscheidungen

- (1) Entscheidungen, die für die Betroffenen eine negative rechtliche oder wirtschaftliche Folge nach sich ziehen oder sie erheblich beeinträchtigen, werden grundsätzlich nicht ausschließlich auf eine automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten gestützt, die der Bewertung einzelner Persönlichkeitsmerkmale dienen. Dies wird organisatorisch sichergestellt. Die Informationstechnik wird grundsätzlich nur als Hilfsmittel für eine Entscheidung herangezogen, ohne dabei deren einzige Grundlage zu bilden. Dies gilt nicht, wenn einem Begehr 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 Kontaktdata. 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 Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung eingeholt.

Art. 16 Datenaustausch mit anderen Versicherern

- (1) Ein Datenaustausch zwischen einem Vorversicherer und seinem nachfolgenden Versicherer wird zur Erhebung tarifrelevanter oder leistungsrelevanter Angaben unter Beachtung des Artikels 8 Absatz 1 vorgenommen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Angaben erforderlich sind:
 1. bei der Risikoeinschätzung zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadensfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung,
 2. zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel,
 3. zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer,
 4. zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten.

In den Fällen der Nummern 1 und 4 ist der Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung nur zulässig, wenn die Betroffenen bei Datenerhebung im Antrag über den möglichen Datenaustausch und dessen Zweck und Gegenstand informiert werden. Nach einem Datenaustausch zum Zweck der Leistungsprüfung werden die Betroffenen über einen erfolgten Datenaustausch im gleichen Umfang informiert. Artikel 15 bleibt unberührt.

- (2) Ein Datenaustausch mit anderen Versicherern außerhalb der für das 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 Annah-

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 Versicherungsfalls beauftragt sind oder wenn Dienstleister zur Ausführung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen, die eine Sacheistung 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 selbständigem Forderungseinzug oder die Bearbeitung von Rechtsfällen, und die Voraussetzungen der Absätze 4 bis 7 erfüllt sind.
- (3) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister nach Absatz 1 und 2 unterbleibt, soweit der Betroffene dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegt. Die Betroffenen werden in geeigneter Weise darauf hingewiesen.

- (4) Das Unternehmen schließt mit den Dienstleistern, die in seinem Interesse tätig werden, eine vertragliche Vereinbarung, die mindestens folgende Punkte enthalten muss:

- Eindeutige Beschreibung der Aufgaben des Dienstleisters;
- Sicherstellung, dass die übermittelten Daten nur im Rahmen der vereinbarten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt werden;
- Gewährleistung eines Datenschutz- und Datensicherheitsstandards, der diesen Verhaltensregeln entspricht;
- Verpflichtung des Dienstleisters, dem Unternehmen alle Auskünfte zu erteilen, die zur Erfüllung einer beim Unternehmen verbleibenden Auskunftspflicht erforderlich sind, oder dem Betroffenen direkt Auskunft zu erteilen.

Diese Aufgabenauslagerungen werden im Verfahrensverzeichnis abgebildet.

- (5) Unternehmen und Dienstleister vereinbaren zusätzlich, dass Betroffene, welche durch die Übermittlung ihrer Daten an den Dienstleister oder die Verarbeitung ihrer Daten durch diesen einen Schaden erlitten haben, berechtigt sind, von beiden Parteien Schadenersatz zu verlangen. Vorrangig tritt gegenüber den Betroffenen das Unternehmen für den Ersatz des Schadens ein. Die Parteien vereinbaren, dass sie gesamtschuldnerisch haften und sie nur von der Haftung befreit werden können, wenn sie nachweisen, dass keine von ihnen für den erlittenen Schaden verantwortlich ist.
- (6) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Dienstleister bereit, an die Aufgaben im Wesentlichen übertragen werden. Ist die systematische automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Vertrages, können die Dienstleister in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Stellen, die nur einmalig tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

- (7) Das Unternehmen stellt sicher, dass die Auskunftsrechte der Betroffenen gemäß Artikel 23 durch die Einschaltung des Dienstleisters nicht geschmälert werden.
- (8) Besondere Arten personenbezogener Daten dürfen in diesem Rahmen nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn die Betroffenen eingewilligt haben oder die Voraussetzungen des Artikels 6 Absatz 2 vorliegen. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Dienstleister hinsichtlich der Daten, die sie nach den Absätzen 1 und 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Dienstleister sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

VIII. Rechte der Betroffenen

Art. 23 Auskunftsanspruch

- (1) Betroffene können schriftlich, telefonisch, mit Faxgerät oder elektronischer Post Auskunft über die beim Unternehmen über sie gespeicherten Daten verlangen. Ihnen wird dann entsprechend ihrer Anfrage Auskunft darüber erteilt, welche personenbezogenen Daten welcher Herkunft über sie zu welchen Zwecken beim Unternehmen gespeichert sind. Im Falle einer (geplanten) Übermittlung wird den Betroffenen auch über die Dritten oder die Kategorien von Dritten, an die seine Daten übermittelt werden (sollen), Auskunft erteilt.
- (2) Eine Auskunft kann nur unterbleiben, wenn sie die Geschäftszwecke des Unternehmens erheblich gefährden würde, insbesondere wenn aufgrund besonderer Umstände ein überwiegendes Interesse an der Wahrung

eines Geschäftsgeheimnisses besteht, es sei denn, dass das Interesse an der Auskunft die Gefährdung überwiegt oder wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden rechtlichen Interesses eines Dritten, geheim halten 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 berichtet.
- (2) Personenbezogene Daten werden unverzüglich gelöscht, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung oder Nutzung sich aufgrund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten für die verantwortliche Stelle zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung oder Nutzung nicht mehr erforderlich ist.
- (3) Die Prüfung des Datenbestandes auf die Notwendigkeit einer Löschung nach Absatz 2 erfolgt in regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich.
- (4) An die Stelle einer Löschung tritt eine Sperrung, soweit der Löschung gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen, Grund zu der Annahme besteht, dass durch eine Löschung schutzwürdige Interessen der Betroffenen beeinträchtigt würden oder die Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Personenbezogene Daten werden ferner gesperrt, soweit ihre Richtigkeit vom Betroffenen bestritten wird und sich weder ihre Richtigkeit noch ihre Unrichtigkeit feststellen lässt.
- (5) Das Unternehmen benachrichtigt empfangende Stellen, insbesondere Rückversicherer und Versicherungsvertreter, über eine erforderliche Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten.
- (6) Soweit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten aufgrund eines Antrags der Betroffenen erfolgte, werden diese nach der Ausführung hierüber unterrichtet.

IX. Einhaltung und Kontrolle

Art. 25 Verantwortlichkeit

- (1) Die Unternehmen gewährleisten als verantwortliche Stellen, dass die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit beachtet werden.
- (2) Beschäftigte, die mit der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten betraut sind, werden auf das Datengeheimnis gemäß § 5 BDSG verpflichtet. Sie werden darüber unterrichtet, dass Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften auch als Ordnungswidrigkeit geahndet oder strafrechtlich verfolgt werden und Schadensersatzansprüche nach sich ziehen können. Verletzungen datenschutzrechtlicher Vorschriften, für die einzelne Beschäftigte verantwortlich gemacht werden können, können entsprechend dem jeweils geltenden Recht arbeitsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.
- (3) Die Verpflichtung der Beschäftigten auf das Datengeheimnis gilt auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus.

Art. 26 Transparenz

- (1) Auf Anfrage werden die Angaben über die eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren zugänglich gemacht, die der Meldepflicht an die betrieblichen Beauftragten für den Datenschutz unterliegen und bei diesen im Verfahrensverzeichnis gespeichert sind (§ 4e Satz 1 Nr. 1 bis 8 BDSG).
- (2) Informationen nach Absatz 1 sowie Informationen über datenverarbeitende Stellen, eingesetzte Datenverarbeitungsverfahren oder den Beitritt zu diesen Verhaltensregeln, die in geeigneter Form bekannt zu geben sind (Artikel 9 Absatz 5, Artikel 21 Absatz 3, Artikel 22 Absatz 6, Artikel 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. Insoweit haben sie ungehindertes Kontrollrecht im Unternehmen.
- (4) Die Beauftragten für den Datenschutz machen die bei der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten tätigen Personen durch geeignete Maßnahmen mit den jeweiligen besonderen Erfordernissen des Datenschutzes vertraut.
- (5) Daneben können sich alle Betroffenen jederzeit mit Anregungen, Anfragen, Auskunftsersuchen 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 Kenntnisierung 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 Regelungsgeltung betreffenden Rechtsänderung in Bezug auf diese, spätestens aber fünf Jahre nach dem Abschluss der Überprüfung gemäß § 38a Absatz 2 BDSG, insgesamt evaluiert.

Liste der Dienstleister zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungs-Erklärung

Wir arbeiten unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen) zusammen:

Unternehmen	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. Provisionsverteilung, Abrechnung für die Deutsche Vermögensberatung AG, IT-Betreuung, Antragsvorerfassung
Central Krankenversicherung AG	- Leistungsbearbeitung bei Krankentagegeld
Europ Assistance Versicherungs-AG Europ Assistance Services GmbH	- telefonischer Kundenservice - Assistance-Leistungen
Generali Deutschland Holding AG	- Revision
Generali Deutschland Informatik Services GmbH	- IT-Dienstleistungen wie z. B. Bereitstellung Soft- und Hardware und Kommunikationsmittel, Betreuung Server, Erstellung IT-Sicherheitskonzept, Konzerndatenschutz
Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH	- Leistungsbearbeitung im Schadenfall
Generali Deutschland Services GmbH	- Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck und Versand - Logistik einschließlich Scannen der Eingangspost
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 arbeiten wir mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen	Tätigkeiten
Ärzte, Gutachter, Psychologen, Psychiater, Krankenhäuser, Pflegeheime, gesetzliche Krankenkassen, Berufskundler, Ombudsmann	- Gutachten, Ombudsmannverfahren
Außenregulierer	- Vor-Ort-Regulierung
Behörden, z. B. Gericht, Finanzamt	- Verfahren im Rahmen des Versorgungsausgleichs - Abführung von Kapitalertragsteuer - Bearbeitung von Rentenbezugsmittelungen
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)	- Führen von Gesamtstatistiken
Inkassobüros	- Forderungseinzug
IT-Unternehmen/IT-Berater	- IT-Dienstleistung
Rechtsanwälte	- Allgemeine Dienstleistung
Rehadienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen	- Assistance-Leistung
Rückversicherer	- Rückversicherung
Wirtschaftsauskunfteien	- Einholung von Auskünften bei Antragstellung