

SICHERHEITSPOLICE

- Versicherungsbedingungen
- Allgemeine Informationen



Träume brauchen Sicherheit.



Aachen
Münchener

Versicherungsbedingungen und Informationen für den Versicherungsnehmer

	Seite
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	3 – 4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung	5 – 15
Besondere Bedingungen für Risiko-Lebensversicherungen mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan	16 – 17
Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen	18 – 20
Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	21 – 27
Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung	28 – 34
Bedingungen für Pflegerenten-Zusatzversicherungen nach Tarif P	35 – 40
Bedingungen für Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO	41 – 43
Informationen für den Versicherungsnehmer zur Risiko-Lebensversicherung SICHERHEITSPOLICE	44 – 56
Merkblatt zur Datenverarbeitung	57 – 58

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, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit wird eine Leistung aber nur dann fällig, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität oder Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht wird (vgl. Absatz 2).

(2) Haben Sie den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung (BV) oder einer Kinderinvaliditäts-Versicherung (KIV), den Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV), einer Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZ) oder einer Pflegerenten-Zusatzversicherung (PZV) beantragt und tritt eine Berufsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer maßgebenden Versicherungsbedingungen während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes ein, erbringen wir Leistungen nur, wenn

a) die Berufsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht wird, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, und uns die Berufsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit innerhalb von 3 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, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit noch besteht.

(3) Für unsere Leistungen auf Grund 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 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 sind auf einen jährlichen Dynamik-Prozentsatz von 6 % begrenzt.

c) Die monatliche Berufsunfähigkeitsrente, 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 eine Ermächtigung 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 oder Kinderinvaliditäts-Versicherung oder einer mitbeantragten Berufsunfähigkeits-, 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, 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 auf Grund 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), 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 bzw. herabsetzen?	§ 6
Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten 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 beigefügten Antrag bzw. Vorschlag für einen Antrag auf Abschluss einer 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 beigefügten Antrag bzw. Vorschlag für einen Antrag auf Abschluss einer 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 anzuzeigen, 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 anzuseigen.

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 Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2c vorsätzlich vorgenommen und wurde uns

*) 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.

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 10 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 Be-

standsgruppen 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 hieron 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 zugeteilt 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.

(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 Zusatzversiche-

rungen) 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 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung während einer Berufsunfähigkeit 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 Versi-

cherungsschein 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 Textform. 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 bzw. herabsetzen?

Kündigung der Versicherung

(1) Sie können Ihre Versicherung schriftlich – ganz oder teilweise – kündigen

- bei beitragspflichtigen Versicherungen zum Schluss einer Versicherungsperiode,
- bei beitragsfreien Versicherungen sowie bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag zum Schluss eines jeden Monats.

(2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme unter einen Mindestbeitrag von 2.500 € (beitragspflichtige Mindest-Versicherungssumme) sinkt oder der verbleibende Tarifbeitrag pro Versicherungsperiode unter 5,00 € (Mindestbeitrag) fällt.

(3) Im Falle einer Kündigung erhalten Sie den Rückkaufswert, sofern vorhanden. Der Rückkaufswert ist das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den gemäß Absatz 1 maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungskapital der Versicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 7 Abs. 2 Satz 3) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre, höchstens jedoch auf die Versicherungsdauer, ergibt. Der so ermittelte Wert vermindert sich um einen Abzug von 60 €. Mit ihm wird der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherung handelt, erhöht sich dieser Abzug um einen Betrag im Verhältnis zur jeweiligen Todesfallsumme; seine Höhe finden Sie im beigefügten Antrag für diese Versicherung. Mit diesem Teil des Abzugs wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt. Des Weiteren mindert sich der für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Betrag gegebenenfalls um rückständige Beiträge. Wird eine Versicherung nach Tarif RS, RSP, RF oder RFP durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfrei gestellt, ist die Todesfallsumme während der restlichen Versicherungsdauer konstant und entspricht der beitragsfreien Versicherungssumme.

Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

(4) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

(5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nach § 2 Abs. 3 verzinslich angesammelt oder in Investmentfonds angelegt wurden. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbeitrag bei einer Kündigung ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 2 Abs. 4 zugeteilten Bewertungsreserven.

(6) Unabhängig von den in Absatz 3 genannten Abzügen ist die Kündigung Ihrer Versicherung mit weiteren Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 7) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobei-

träge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert und seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie der Übersicht der garantierten Rückkaufswerte im beigefügten Antrag für diese Versicherung entnehmen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(7) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine verlangen, von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die Versicherungssumme auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Termin der Beitragsfreistellung unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 3, jedoch ohne den bei Kündigung vorgesehenen Abzug von 60 €, errechnet wird, mindestens aber die bei Vertragsabschluss vereinbarte Garantiesumme erreicht. Mit dem bei Beitragsfreistellung einbehaltenen Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt. Des Weiteren mindert sich der für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Betrag gegebenenfalls um rückständige Beiträge. Wird eine Versicherung nach Tarif RS, RSP, RF oder RFP durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfrei gestellt, ist die Todesfallsumme während der restlichen Versicherungsdauer konstant und entspricht der beitragsfreien Versicherungssumme.

(8) Unabhängig von dem gemäß Absatz 7 i. V. m. Absatz 3 vorgesehenen Abzug ist die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung mit weiteren Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 7) keine oder nur eine geringe beitragsfreie 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 und ihrer Höhe können Sie der Übersicht der garantierten beitragsfreien Versicherungssummen im beigefügten Antrag für diese Versicherung entnehmen.

(9) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die nach Absatz 7 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 1.000 € (beitragsfreie Mindest-Versicherungssumme) erreicht.

(10) Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die herabgesetzte Versicherungssumme die beitragspflichtige Mindest-Versicherungssumme von 2.500 € erreicht und der Tarifbeitrag mindestens 5,00 € 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.

Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit, bei Wehr- oder Zivildienst, während des Mutterschutzes oder der Elternzeit

(11) Sie haben das Recht, Ihren Vertrag unabhängig von den in Absatz 7 bzw. 1 genannten Terminen bis zu 12 Monate befristet beitragsfrei zu stellen, sofern Sie als Versicherungsnehmer(in)

- 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
- Ihren Grundwehr- oder Zivildienst ableisten (laut Bescheinigung der Wehrbereichsverwaltung bzw. des Bundesamtes für Zivildienst) oder
- sich im Mutterschutz befinden oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nehmen (laut Bescheinigung des Arbeitgebers).

Für den Fall, dass eine andere Person für Sie die Beitragszahlung übernommen hat, haben Sie dieses Recht auf Beitragsfreistellung auch dann, wenn der Beitragszahler als arbeitslos gemeldet ist, seinen Grundwehr- oder Zivildienst ableistet, sich in Mutterschutz befindet oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nimmt.

Nach Ablauf der beitragsfreien Zeit wird der Vertrag wieder automatisch beitragspflichtig fortgesetzt. Den Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsfreistellung müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.

Beitragsrückzahlung

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

§ 7 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

- (1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung**) aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der Summe der Tarifbeiträge beschränkt.
- (3) Soweit Abschluss- und Vertriebskosten nicht gemäß Absatz 1 verrechnet werden können, werden sie während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufwert und keine Mittel zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind. Nähere Informationen können Sie der Übersicht im beigefügten Antrag für diese Versicherung entnehmen.

**) 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 2,25 % (Rechnungszins).

§ 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-, 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, invalide bzw. pflegebedürftig ist,
 - die Summe aus neuer Berufsunfähigkeitsrente und neuem Beitrag für die Hauptversicherung die bisherige Berufsunfähigkeitsrente, jeweils bezogen auf ein Jahr, nicht übersteigt bzw. bei den übrigen Zusatzversicherungen die versicherten Leistungen nicht erhöht werden und
 - die Versicherungsdauer der neuen Berufsunfähigkeitsrente bzw. Invaliditätsrente nicht über die restliche Versicherungsdauer der bisherigen Berufsunfähigkeitsrente 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-, 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 Hochschulexamen 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

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 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 Zinsfestzeichnungsfrist 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 45. 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, an-

sonsten 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 Berufsunfähigkeitsschutzes

(6) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV) zur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingeschlossen, kann eine solche BUZV auch in die Leistungsanpassung einbezogen werden. Darüber hinaus kann – zusätzlich zu der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit – sofern kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist, bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie unabhängig davon alle fünf Jahre ab Versicherungsbeginn zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel eine Berufsunfähigkeitsrente (mit) versichert bzw. eine bestehende Berufsunfähigkeitsrente – auch für sich alleine – erhöht werden. Die Erhöhung der Jahresrente aus der BUZV beträgt dabei maximal 3.000 €, innerhalb von 5 Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €. Bei den vorgenannten Höchstsummen wird eine evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung bei Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen angerechnet.

(7) Das Recht auf Erhöhung der Leistungen aus der BUZV besteht nicht bzw. erlischt, wenn die versicherte Person berufsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist. Das Recht zur Einbeziehung einer Berufsunfähigkeitsrente besteht ferner auch dann nicht bzw. erlischt, wenn die jährliche Berufsunfähigkeitsrente (einschließlich einer evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung) aus allen bestehenden und gleichzeitig beantragten Versiche-

rungen bei unserer Gesellschaft mehr als 24.000 € beträgt.

Erhöhung der Pflegerente

(8) 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 und 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 3.000 €, innerhalb von 5 Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €.

(9) 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.

§ 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.

(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 Abs. 3). Die Regelung des § 6 Abs. 3 Satz 3 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. 7).

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 haben. 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 schulhaft 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 allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes der Versicherung (§ 6 Abs. 3 bis 5). 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.

(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 Abs. 3 bis 5), 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 Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, der die freie Willensbe-

stimmung ausschließt. Anderenfalls zahlen wir – soweit entstanden – den für den Todestag berechneten Rückkaufswert gemäß § 6 Abs. 3 bis 5.

(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 anzuzeigen. 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 verjährn 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. Anderenfalls 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 Ihre 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 garantierte 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.

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Bei der Berechnung des Rückkaufwertes bzw. der beitragsfreien Versicherungssumme werden die in den Versicherungsbedingungen jeweils vereinbarten Abzüge vorgenommen. Bei deren Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

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 Versicherungsnehmer-Gemeinschaft 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.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beifallen ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

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 Berufsunfähigkeit?	§ 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.

wirtschaftlichen Angemessenheitsprüfung abhängig zu machen.

- (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.

§ 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-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden ihre Versicherungsleistungen längstens bis zum für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöht (vgl. § 3 Abs. 2). Wenn die monatliche Berufsunfähigkeitsrente aller bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträge den Betrag von 3.000 € erstmals erreicht oder überschritten hat, behalten wir uns vor, weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente vom Ergebnis einer

- (6) Ist eine Pflegerenten-Zusatzversicherung (Tarif P) oder eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf späteren Abschluss einer Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung (Tarif PO) eingeschlossen, erfolgen keine weiteren Erhöhungen zu dieser jeweiligen Zusatzversicherung, wenn die jährliche Pflegerente bzw. – bei Tarif PO – 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. – bei Tarif PO – die erwerbbare Rentenanwartschaft unter der oben genannten Grenze liegt. Für Dynamikerhöhungen 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-Zusatzversicherung eingeschlossen, erstreckt sich der Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung auch auf die Erhöhungsbeiträge. Ist gleichzeitig eine Berufsunfähigkeitsrente 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-Lebensversicherung (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 Abschluss- und Vertriebskosten 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-Zusatzversicherung nach Tarif RS eingeschlossen ist, ist der Zeitpunkt, zu dem sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente der Erhöhungsversicherung tarifgemäß verringert, identisch mit dem Termin bei der Grundversicherung. Wie bei der Grundversicherung werden wir Ihnen auch zur Erhöhungsversicherung rechtzeitig vorher anbieten, den bestehenden Versicherungsschutz gegen eine Erhöhung des Beitrags aufrechtzuerhalten. Wenn Sie unser Angebot nicht annehmen, erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente zu diesem Termin abweichend von § 3 Abs. 2 nicht im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssumme der Hauptversicherung, sondern entsprechend verringert. Nach diesem Termin werden weitere Erhöhungen nach dem Dynamikplan mit einer jeweils konstanten versicherten Berufsunfähigkeitsrente durchgeführt.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des 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 Berufsunfähigkeit?

Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit übereinstimmender Versicherungs- und Leistungsdauer eingeschlossen, erfolgen auch dann Erhöhungen, wenn wir die Beitragszahlung wegen Berufsunfähigkeit übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass aufgrund von § 5 Abs. 3 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist oder Sie den Dynamikplan nachträglich ausgeschlossen haben, sofern die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unverändert fortbesteht. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente wird während einer Berufsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung – aber nicht erhöht. Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen und hierzu die Versicherungsdauer gegenüber der Leistungsdauer abgekürzt, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt.

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 = Switchen). Dabei können Sie aus den zur Verfügung stehenden Fonds insgesamt bis zu zehn dieser Fonds (außer Geldmarktfonds) wählen. Die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig Überschussanteile angelegt werden oder in denen Anteilguthaben vorhanden ist, darf zu keinem Zeitpunkt mehr als zehn betragen. Sind im Rahmen einer Änderung des Anlagesplittings mehr als zehn Fonds (vor und nach Änderung des Anlagesplittings) beteiligt, muss deshalb vor oder gleichzeitig mit der Änderung des Anlagesplittings ein Fondswechsel im Sinne von Absatz 2 durchgeführt werden. Ist ein Fondswechsel erst nach einem Zuführungszeitpunkt gewünscht oder – aufgrund des frühestmöglichen Terms gemäß Absatz 2 – möglich, wird die Änderung des Anlagesplittings erst zur nächsten auf den Fondswechsel folgenden Überschusszuteilung durchgeführt. Für das Anlagesplitting sind alle ganzzahligen Prozentsätze, mindestens 10 % pro gewähltem Fonds, zulässig.
- (2) Darüber hinaus können Sie jederzeit die zugrunde zu legenden Anlagestöcke neu bestimmen. Dazu wird der Geldwert des Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu bestimmten Anlagestöcke – soweit und solange hierfür Fondsanteile verfügbar sind – übertragen (Fondswechsel = Shiften) und in Anteileinheiten der neu bestimmten Anlagestöcke umgerechnet. Hierbei stehen auch Geldmarktfonds zur Verfügung. Bei einem Fondswechsel darf die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig Überschussanteile angelegt werden oder in denen Anteilguthaben vorhanden ist, zu keinem Zeitpunkt mehr als zehn betragen (vgl. Absatz 1). Die teilweise oder vollständige Übertragung von Anteilguthaben auf Anlagestöcke, die Ihrer Versicherung bereits zugrunde liegen, gilt ebenfalls als Fondswechsel. Bei einem Fondswechsel bleiben die Daten zu Ihrer Versicherung (Beginn, Ablauf, Beitrag, garantierte Leistungen) unverändert. Wir behalten uns jedoch vor, einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (3) Sowohl bei der Ermittlung des Geldwertes des zu übertragenden Fondsguthabens als auch bei der Ermittlung der Anzahl der Anteileinheiten des neu bestimmten Anlagestocks (der neu bestimmten Anlagestöcke) 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 Anlagestöcke 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 4 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. Über die Ersetzung des Fonds werden wir Sie informieren. Sie können innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt unseres Schreibens auch kostenlos einen anderen Fondswechsel gemäß § 2 Abs. 2 sowie eine andere Anpassung des Anlagesplittings gemäß § 2 Abs. 1 vornehmen.
- (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.
- (4) 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.
- (5) 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 Anlagebeträge gemäß § 1 Abs. 1 sowie evtl. Ertragsauschüttungen der Fondsgesellschaften gemäß § 1 Abs. 4 mit dem zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden Zinssatz für die Berechnung der garantierten Deckungsrückstellung neu abzuschließender Versicherungsverträge verzinslich anssammeln.
- (6) 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.
- (7) 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 Ver-

wendungsform „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 entspre-
- (3) chende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (4) 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.

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

Eine Umorganisation ist angemessen, wenn

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

- (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 3 Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit, Zivil- oder Grundwehrdienst); 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 Dauer 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). 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.

(2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen und stimmen bei Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Versicherungs- und Leistungsdauer überein, erfolgen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs I (Absatz 1 a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Ist zum Dynamikplan vereinbart, dass sich der Beitrag um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags, aber mindestens in Höhe des Steigerungssatzes der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (West) erhöht, so erfolgen die Beitragserhöhungen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs I nur in Höhe des vereinbarten Prozentsatzes. Der Steigerungssatz der Beitragsbemessungsgrenze findet in diesem Fall keine Anwendung. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente (Zusatztarif R) wird während einer Berufsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen auf Grund der Überschussbeteiligung (vgl. § 11) – aber nicht erhöht.

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

(1) Der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit (§ 1) folgt, es sei denn, aus dem nachstehenden Absatz 2 ergibt sich ein späterer Beginn.

(2) Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt 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.

(3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkenntnis oder rechtskräftiger Feststellung der Leistungspflicht 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 Ent-

scheidung 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 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 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;
 - 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:

- eine Darstellung über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie vorhandene ärztliche Befundberichte;
- eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person und der inzwischen eingetretenen Veränderungen mit Einkommensnachweisen;
- eine Darstellung der durch Ausbildung und Erfahrung bisher erlangten beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der versicherten Person sowie Zeugnisse;
- 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 aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 12 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 frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

(2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraumes prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen und beruflichen Verhältnissen der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 6. In diesem Fall werden wir § 1 Absatz 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 Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt

nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform 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 Überschussbeteiligung 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 Über-

schussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hieron 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 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 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 5 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 Ver-

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

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 bzw. – bei den Tarifen KRBZ, FRBZ und VRBZ – bei der Hauptrente der Hauptversicherung. Absatz 11 bleibt unberührt.

(4) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine und Fristen – für sich allein kündigen.

(5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert, sofern noch keine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung anerkannt oder rechtskräftig festgestellt worden ist. Der Rückkaufswert ist die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. AVB der Hauptversicherung) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (§ 169 VVG). Der so ermittelte Wert vermindert sich – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – um einen Abzug im Verhältnis zur jeweils versicherten Berufsunfähigkeitsrente sowie um rückständige Beiträge. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des beigefügten Vorschlags für einen Antrag auf Abschluss dieser Versicherung. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Die Kündigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist mit Nachteilen verbunden: Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden.

(6) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unabhängig von der Hauptversicherung – beitragsfrei stellen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 5 vorhanden ist. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 5 ermittelt.

(7) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie auch zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 5. Unter den Voraussetzungen von Absatz 5 steht aus der

*) 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.

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistungen der Rückkaufswert gemäß Absatz 5 zur Verfügung, vermindert um rückständige Beiträge.

(8) Eine Fortführung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 7 ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Andernfalls wird der wie in Absatz 7 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.

(9) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 4, 5, 6, 7 und 8 entsprechend.

(10) Ist unsere Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung anerkannt oder rechtskräftig festgestellt, 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.

(11) Anerkannte oder rechtskräftig festgestellte Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht berührt.

§ 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.

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	
<ul style="list-style-type: none">• 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 bei Anerkenntnis oder rechtskräftiger Feststellung der Leistungspflicht 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 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 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;
 - b) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen,

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

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, 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 Mitteilungspflichten 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 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 Invalidität?

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

zellen 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 Invaliditätsfälle 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-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 Kinderinvaliditäts-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 Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. 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-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 der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung sowie bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens 5 Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung gewährt wurden, im Verhältnis zu dem auf die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der ggf. fällige Schluss-Überschussanteil für die verbleibende Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung mit 7,5 % p. a. diskontiert.

c) Laufende Invaliditätsrente

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

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

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Kinderinvaliditäts-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 Kinderinvaliditäts-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 Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 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 Verführungsphase beendet wurde.

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

(3) Eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine und Fristen – 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 Rückkaufswert, sofern noch keine Leistung aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung anerkannt oder rechtskräftig festgestellt worden ist. Der Rückkaufswert ist die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. AVB der Hauptversicherung) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (§ 169 VVG). Der so ermittelte Wert vermindert sich – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – um einen Abzug sowie um rückständige Beiträge. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des beigefügten Vorschlags für einen Antrag auf Abschluss dieser Versicherung. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beifürworten ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzten Falle – entsprechend herabgesetzt.

Die Kündigung der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung ist mit Nachteilen verbunden: Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden.

(5) Eine Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung können Sie – unabhängig von der Hauptversicherung – beitragsfrei stellen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 4 vorhanden ist. Die beitragsfreie Invaliditätsrente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 4 ermittelt.

(6) Die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung können Sie auch zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die beitragsfreie Invaliditätsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 4. Unter den Voraussetzungen von Absatz 4 steht aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistungen der Rückkaufswert gemäß Absatz 4 zur Verfügung, vermindert um rückständige Beiträge.

(7) Eine Fortführung der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

*) 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.

gemäß Absatz 6 ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Andernfalls wird der wie in Absatz 6 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.

(8) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3, 4, 5, 6 und 7 entsprechend.

(9) Anerkannte oder rechtskräftig festgestellte Ansprüche aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung 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 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 Berufsunfähigkeits-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 gilt auch eine selbstständige Tätigkeit; eine Berufsausbildung hingegen gilt noch nicht als berufliche Tätigkeit. Ebenfalls 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 sind zusammen mit dem Antrag auf Umtausch ein Zeugnis über den Abschluss eines Studiums oder einer Ausbildung sowie ein geeigneter Nachweis über die erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person 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 P

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 für den Fall sehr schwerer Pflegebedürftigkeit (Tarif P)

Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung pflegebedürftig im Sinne von §§ 2 oder 3 dieser Bedingungen, so zahlen wir monatlich die versicherte Pflegerente.

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 **alle** in Absatz 2 genannten gewöhnlichen und regelmäßige wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. „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

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

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

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

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

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

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) 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 in den folgenden Absätzen 2 und 3 entsprechen den Definitionen der Pflegestufe 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 entsprechend Pflegestufe III auf den Kriterien dieses Standes des Sozialgesetzbuches und nachgeordneter Rechtsverordnungen und Richtlinien basiert, erkennen wir bei Gewährung von Pflegeleistungen der Stufe III der Pflegepflichtversicherung und Vorlage des entsprechenden Leistungsbescheides eine Leistungspflicht 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 und dabei die Kriterien gemäß Absatz 3 erfüllt.

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 Kriterien für die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen sind erfüllt, 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 definierte Pflegebedürftigkeit durch Änderungen des Sozialgesetzbuchs oder nachgeordneter Rechtsverordnungen und Richtlinien in der Zukunft wesentlich von der gesetzlichen Definition der Pflegestufe III 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 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 Pflegerenten 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 Pflegerenten 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) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkenntnis oder rechtskräftiger Feststellung der Leistungspflicht 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 das Nichtbestehen einer Leistungspflicht rechtskräftig festgestellt, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag 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 Pflegerente ruht in den Kalendermonaten, in denen die versicherte Person während des vollen Monats außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt im Ausland nicht länger als drei volle Kalendermonate andauert oder wir einer längeren Pflege im Ausland zugestimmt haben.

(5) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erlischt, wenn die Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 2 oder 3 nicht mehr vorliegt, 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;
- 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 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.

§ 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 in deutscher Sprache 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;

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 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) 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, zumutbaren 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.

(4) Wir können vor jeder Rentenzahlung ein Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

§ 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 stellen wir unsere Pflegefall-Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?

- (1) Wenn die Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 2 oder 3 nicht mehr vorliegt, 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 bei Einstellung der Leistungen auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.
- (2) Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich mitzuteilen:
 - eine Änderung der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 2 oder 3 und eine Minderung ihres Umfangs,

- einen Auslandsaufenthalt von mehr als drei vollen Kalendermonaten (vgl. § 4 Abs. 4).

§ 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 Tarifkalkulation 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 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 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 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 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-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wird bei Eintritt von Berufsunfähigkeit die Überschussverwendungskategorie der Pflegerenten-Zusatzversicherung während der Beitragsbefreiung wegen Berufsunfähigkeit 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 vereinbarten Pflegerente 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 Deckungssumme.

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 beitragsfrei oder beitragspflichtig nur bei Beendigung der Beitragszahlung der Hauptversicherung innerhalb der Verfügungsphase fortgesetzt werden.
- (2) Ansprüche aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie – anders als evtl. bei der Hauptversicherung – nicht abtreten oder verpfänden.
- (3) Eine Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine und Fristen – für sich allein kündigen.
- (4) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 3 erhalten Sie für die Pflegerenten-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert, sofern noch keine Leistung aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung anerkannt oder rechtskräftig festgestellt worden ist.

Der Rückkaufswert ist die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung der Pflegerenten-Zusatzversicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. AVB der Hauptversicherung) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (§ 169 VVG). Der so ermittelte Wert vermindert sich – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – um einen Abzug im Verhältnis zur versicherten Pflegerente sowie um rückständige Beiträge. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des beigefügten Vorschlags für einen Antrag auf Abschluss dieser Versicherung. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestan-

des ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für Kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Die Kündigung der Pflegerenten-Zusatzversicherung ist mit Nachteilen verbunden: Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden.

- (5) Eine Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie – unabhängig von der Hauptversicherung – beitragsfrei stellen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 4 vorhanden ist. Die beitragsfreie Pflegerente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 4 ermittelt.
- (6) Die Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie auch zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die beitragsfreie Pflegerente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 4. Unter den Voraussetzungen von Absatz 4 steht aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistungen der Rückkaufswert gemäß Absatz 4 zur Verfügung, vermindert um rückständige Beiträge.
- (7) Eine Fortführung der Pflegerenten-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 6 ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Andernfalls wird der wie in Absatz 6 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.
- (8) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3, 4, 5, 6 und 7 entsprechend.
- (9) Anerkannte oder rechtskräftig festgestellte Ansprüche aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung 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) 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.

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.

bei 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 beigetragen haben. Bei der Pflegerentenoptions-Zusatz-

§ 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 vorhandenen Bewertungsreserven werden da-

versicherung 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-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wird bei Eintritt von Berufs unfähigkeit die Überschussverwendungsaart der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung während der Beitragsbefreiung wegen Berufs unfähigkeit von der Beitragsanrechnung auf verzinsliche Ansammlung umgestellt.

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

c) Die Höhe der Überschussanteil-Sätze kann vom Geschlecht der versicherten Person abhängen.

(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 3 oder beitragspflichtig nur bei Beendigung der Beitragszahlung der Hauptversicherung innerhalb der Verfügungsphase fortgesetzt werden.

(2) Eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine und Fristen, vorbehaltlich von Absatz 1 – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.

Bei alleiniger Kündigung der Zusatzversicherung (Voll- oder Teilkündigung gemäß AVB der Hauptversicherung) wandelt sich die Versicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf Abschluss einer reduzierten Pflegerenten anwartschaft ohne Gesundheitsprüfung gemäß Absatz 3 um. Ein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufswertes besteht nicht.

Bei einer Kündigung zusammen mit der Hauptversicherung erhalten Sie – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert, sofern die Kündigung nicht innerhalb der letzten 5 Jahre vor Ablauf der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung erfolgt. Andernfalls wandelt sich die Pflege-

rentenoptions-Zusatzversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit Recht auf Abschluss einer reduzierten Pflegerentenanwartschaft ohne Gesundheitsprüfung gemäß Absatz 3 um.

Der Rückkaufswert ist die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*), der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. AVB der Hauptversicherung) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (§ 169 VVG). Der so ermittelte Wert vermindert sich – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – um einen Abzug im Verhältnis zur ohne Gesundheitsprüfung abschließbaren Pflegerentenanwartschaft sowie um rückständige Beiträge. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des beigefügten Vorschlags für einen Antrag auf Abschluss dieser Versicherung. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu bezeichnen ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzten Falle – entsprechend herabgesetzt.

Die Kündigung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung ist mit Nachteilen verbunden: Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss und Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden.

- (3) Eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung können Sie – unabhängig von der Hauptversicherung – beitragsfrei stellen. Die Beitragsfreistellung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung bedeutet aber, dass Sie bei Ausübung der Option zum Optionstermin gegenüber der im Versicherungsschein genannten Rentenhöhe nur noch eine geringere Pflegerente gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung abschließen können. Denn bei Beitragsfreistellung setzen wir die ohne Gesundheitsprüfung abschließbare Pflegerentenanwartschaft ganz oder teilweise auf eine reduzierte Höhe herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 2, vermindert um rückständige Beiträge, zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird.
- (4) Die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung können Sie auch zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die Höhe der reduzierten Anwartschaft auf Abschluss einer Pflegerente ohne Gesundheitsprüfung errechnen wir gemäß Absatz 3.
- (5) Eine Fortführung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 4 ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Andernfalls wird der wie in Absatz 4 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.
- (6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 5 entsprechend.

*) 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.

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),
Johannes Booms, Ulrich Rieger, Thomas Sänger

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 Pensionsfondaufsicht –

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 bzw. zum Vorschlag für einen Antrag auf Abschluss einer 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 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 vereinbart – durch die Überschussbeteiligung ermäßigen. Die Höhe der Überschusszuteilungen ist von uns vorab aber nicht angebar, 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 „Anlageböcke“. 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 eine Einzugsermächtigung 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 eine Einzugsermächtigung 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 einschließlich der 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- 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-Zusatzversicherung kann eine gegenüber der Versicherungsdauer 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 Fristen 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.

Anerkannte oder rechtskräftig festgestellte Ansprüche aus einer Berufsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts- oder Pflegerenten-Zusatzversicherung 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 sind. 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. Auskünfte erteilt Ihnen ferner die Kundenservice-Direktion, die für die Betreuung Ihres Vertrags zuständig ist. Die jeweiligen Adressen und Telefonnummern sind dem Begleitschreiben zu Ihrem Versicherungsschein zu entnehmen. Sollte dennoch einmal ein Problem auf diesem Wege nicht zu lösen sein, können Sie Ihr Anliegen auch direkt an folgende Adresse richten:

Vorstand der
AachenMünchener Lebensversicherung AG
Referat Kundenbeschwerden
52054 Aachen

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsbudermann. Sie können deshalb innerhalb von acht Wochen nach Erhalt unserer Nachricht das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Versicherungsbudermann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Telefon: 0800 369600
Telefax: 0800 369900
E-Mail: beschwerde@versicherungsbudermann.de

Schließlich können Sie sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (siehe Nr. 2) wenden. Darüber hinaus steht es Ihnen selbstverständlich frei, den Rechtsweg zu beschreiten.

Besondere Informationen bei Risiko-Lebensversicherungen

15. Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet?

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

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

Wie entstehen die Überschüsse?

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

- Risikoergebnis

Bei der 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 2,25 % 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 Handelsgesetzbuchs 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-Versicherungen, kapitalbildende Lebensversicherungen und Rentenversicherungen jeweils eigenen Gruppen zugeordnet. Darüber hinaus haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen des in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverbandes innerhalb der dort ebenfalls aufgeführten Bestandsgruppe.

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 Bewertungs-

reserven 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 2,25 % 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. Dieser orientiert sich an dem Deckungskapital Ihrer Versicherung zum maßgebenden Kündigungstermin; dabei erfolgt ein als angemessen angesehener Abzug. 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 Rückkaufswert 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 Garantiewerte. 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, für deren Vollständigkeit und Richtigkeit der jeweilige Herausgeber haftet, entnehmen. 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 den Verwaltungsgebühren zahlen die Fondsgesellschaften wiederkehrend Rückvergütungen in Höhe von monatlich umgerechnet bis zu 0,06 % des jeweiligen Fondsvermögens an uns sowie an unsere Kooperationspartner für die Vermittlung und Betreuung von Versicherungen. Die Rückvergütung bezieht sich auf die jeweils in unseren Anlageböcken 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 FlexProfit

Investmentgesellschaft:
DWS FlexProfit SICAV (Luxemburg)

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

DWS FlexProfit 80 **

WKN A0H 0Y2 – ISIN LU0241500114

Garantiefonds mit dynamischer Wertsicherungsstrategie in Höhe von 80 % des höchsten erreichten Anteilwertes.

DWS FlexProfit 85 **

WKN A0H 0Y0 – ISIN LU0241499432

Garantiefonds mit dynamischer Wertsicherungsstrategie in Höhe von 85 % des höchsten erreichten Anteilwertes.

DWS FlexProfit 90 **

WKN A0H 0Y1 – ISIN LU0241499788

Garantiefonds mit dynamischer Wertsicherungsstrategie in Höhe von 90 % des höchsten erreichten Anteilwertes.

Die DWS Investment S.A. garantiert bei den Teifonds des DWS FlexProfit, dass der Anteilwert des Teifonds zuzüglich etwaiger Ausschüttungen („Garantiewert“) nicht unter 80 % bzw. 85 % bzw. 90 % (der maßgebende Prozentsatz ergibt sich aus der Fondsbezeichnung) des jemals höchsten erreichten Netto-Inventarwertes liegt. Sollte der Garantiewert nicht erreicht werden, wird die DWS Investment S.A. den Differenzbetrag aus eigenen Mitteln in das Teifondsvermögen einzahlen.

Der Garantiewert wird täglich ermittelt: Der Garantiewert entspricht je nach Fonds 80 % bzw. 85 % bzw. 90 % des höchsten Netto-Inventarwertes, soweit dieser über dem vorherigen Garantiewert liegt. Dadurch wird die Höhe der gegebenen Garantie auf jeweils 80 % bzw. 85 % bzw. 90 % des höchsten Netto-Inventarwertes kontinuierlich nach oben nachgezogen. Mit dem jeweils zusätzlichen Erreichen einer weiteren „Lock-In“-Schwelle können so nacheinander verschiedene Garantieniveaus erreicht werden, an denen alle Anteilinhaber partizipieren, so dass die Gleichbehandlung aller Anteilinhaber gewährleistet ist und der Anteilinhaber an dem höchsten erreichten Garantieniveau partizipiert.

Sofern steuerliche Änderungen innerhalb des Garantiezeitraums die Wertentwicklung des Teifonds 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 DWS 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 Teifonds.

Bei der beschriebenen Garantiezusage der DWS Investment S.A. zu den Garantiefonds DWS FlexProfit 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 FlexProfit SICAV und der DWS Investment S.A. handelt es sich um Investment- bzw. Verwaltungsgesell-

schaften nach luxemburgischem Recht, die anderen auf-sichtsrechtlichen Bestimmungen unterliegen als deut-sche Lebensversicherer.

Aus der Garantiezusage der DWS Investment S.A. im Rah-men der Garantiefonds DWS FlexProfit resultiert bei der fondsgebundenen Überschussbeteiligung ein bestimmter Mindestwert je Anteileinheit des auf die Garantiefonds entfal-lenden Fondsguthabens. Inhalt und Umfang der Garantiezu-sage der DWS Investment S.A. ergeben sich aus deren vor-stehender Beschreibung sowie aus dem Verkaufsprospekt der DWS FlexProfit SICAV.

Die Garantiezusage der DWS Investment S.A. bezieht sich nicht auf eine absolute Höhe des auf die Garantiefonds DWS FlexProfit entfallenden Fondsguthabens und auch nicht auf eine bestimmte Anzahl von Anteileinheiten.

Sollte der garantierte Mindestwert je Anteileinheit nicht er-reicht werden, wird die DWS Investment S.A. den Differenz-betrag aus eigenen Mitteln in das Tealfondsvermögen einzah-len (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. er-brachten Betrag nicht ergeben.

Dachfonds:

Kapitalanlagegesellschaft der Dachfonds:
DWS Investment GmbH

DWS PlusInvest (Balance) ***

WKN 976 993 – ISIN DE0009769935

Weltweites Vermögensmanagement unter einem Fonds-Dach. Die DWS wählt die Fonds der DWS-Gruppe aus, die in dem Dachfonds DWS PlusInvest gebündelt werden. Der Aktienfonds-anteil bei DWS PlusInvest (Balance) liegt zwischen 30 und 60 %.

DWS PlusInvest (Einkommen) **

WKN 976 992 – ISIN DE0009769927

Weltweites Vermögensmanagement unter einem Fonds-Dach. Die DWS wählt die Fonds der DWS-Gruppe aus, die in dem Dachfonds DWS PlusInvest gebündelt werden. Der Aktienfondsanteil bei DWS PlusInvest (Einkommen) beträgt maxi-mal 30 %.

DWS PlusInvest (Wachstum) ***

WKN 976 994 – ISIN DE0009769943

Weltweites Vermögensmanagement unter einem Fonds-Dach. Die DWS wählt die Fonds der DWS-Gruppe aus, die in dem Dachfonds DWS PlusInvest gebündelt werden. Der Aktienfondsanteil bei DWS PlusInvest (Wachstum) beträgt min-destens 50 %.

Aktienfonds:

DWS Akkumula ***

WKN 847 402 – ISIN DE0008474024

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Der Aktienfonds DWS Akkumula erschließt mit seiner flexi-blen Anlagestrategie die Chancen der internationalen Aktien-märkte. 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

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

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

DWS Emerging Markets Typ O****

WKN 977 301 – ISIN DE0009773010

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Der DWS Emerging Markets investiert in Aktien von Unter-nehmen 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

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

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

DWS Eurovesta ***

WKN 849 084 – ISIN DE0008490848

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

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

DWS Global Value ***

WKN 939 853 – ISIN LU0133414606

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Aktien von Unternehmen, die unserer Einschätzung nach eine nach fundamentalen Kriterien überdurchschnittlich gute Sub-stanz und eine günstige Bewertung aufweisen.

DWS Intervest ***

WKN 847 401 – ISIN DE0008474016

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

DWS Intervest nutzt die Kursbewegungen an den weltweiten Aktienmärkten durch flexible Gewichtung einzelner Länder und Branchen. Die aus den internationalen Investitionen re-sultierenden Währungspositionen werden von Fall zu Fall durch Devisentermingeschäfte abgesichert.

DWS Invest Top Dividend Europe LD ***

WKN A0B 56Q – ISIN LU0195138150

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Anlage zu mindestens 75% in Aktien europäischer Emittenten mit Hauptniederlassung in einem EU-Mitgliedstaat, Norwegen und/oder Island, die unserer Einschätzung nach eine über-durchschnittliche und nachhaltige Dividendenrendite sowie überdurchschnittliches Wachstum erwarten lassen. Möglichkeit von Zusatzerträgen durch Covered-Call-Writing-Strategien.

DWS Investa ***

WKN 847 400 – ISIN DE0008474008

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

DWS Investa investiert breit gestreut in die großen, internatio-nal 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 Unter-nehmen Mittel- und Osteuropas sowie Russlands und der Türkei. Zu den Risiken aufgrund der Spezialisierung auf einen bestimmten geografischen Bereich vgl. Verkaufsprospekt.

DWS Select-Invest ***

WKN 847 656 – ISIN DE0008476565

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Titel des DAX-Indexes, daneben in MDAX-, SDAX- und Tec-DAX-Werte. Vergleichsweise hohe Gewichtung von Einzeltiteln und teilweise kurze Haltedauer der Positionen.

DWS Top Dividende ***

WKN 984 811 – ISIN DE0009848119

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Der DWS Top Dividende 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

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS 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 ***

WKN 847 652 – ISIN DE0008476524

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Der DWS Vermögensbildungsfonds I ist ein Aktienfonds, der sich bei seiner Anlagepolitik vorwiegend auf die internationalen Standardwerte konzentriert und zusätzlich in aussichtsreiche kleinere und mittlere Unternehmen zur Beimischung investieren kann.

Themenfonds:**DWS Bildungsfonds *****

WKN 847 419 – ISIN DE0008474198

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Der DWS Bildungsfonds steht für festverzinsliche Wertpapiere und ausgewählte Aktien aus Deutschland und anderen Ländern der Eurozone, gewichtet entsprechend der Marktentwicklung.

DWS Global Metals & Mining Typ O ****

WKN 847 412 – ISIN DE0008474123

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

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

DWS Gold plus ***

WKN 973 246 – ISIN LU0055649056

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Der DWS Gold plus investiert in Gold und andere Edelmetalle, einerseits über Edelmetallkonten, andererseits über Termin- und Optionsgeschäfte auf Basis festverzinslicher Wertpapiere.

DWS Top 50 Asien ***

WKN 976 976 – ISIN DE0009769760

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

DWS Top 50 Asien steht für 50 ausgewählte Unternehmen aus dem asiatischen und pazifischen Raum. Bei der Auswahl der Unternehmen werden unter anderem eine Ausrichtung auf langfristig gute Erträge, eine starke Marktstellung und eine solide Finanzbasis berücksichtigt.

DWS Top 50 Europa ***

WKN 976 972 – ISIN DE0009769729

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Der DWS Top 50 Europa ist ein attraktiver europäischer Basisaktienfonds. Die Anlage erfolgt in 50 Aktien ausgewählter europäischer Aktiengesellschaften mit wertorientierter Unternehmensführung, d. h. Ziel der Unternehmensführung ist die Erwirtschaftung langfristig überdurchschnittlicher Renditen für die Anleger.

DWS Top 50 Welt ***

WKN 976 979 – ISIN DE0009769794

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

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

Gemischter Fonds:**DWS Sachwerte *****

WKN DWS 0W3 – ISIN DE000DWS0W32

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS 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.

Rentenfonds:**DWS Covered Bond Fund ****

WKN 847 653 – ISIN DE0008476532

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS 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 Emerging Markets Bonds ****

WKN 974 874 – ISIN LU0066199323

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Der DWS Emerging Markets Bonds investiert in US-Dollar denominierte Emerging Markets-Anleihen, vor allem Staatspapiere, daneben Unternehmensanleihen ausgewählter Emittenten. Flexible Absicherung von Währungsrisiken. Zu den Risiken einer Anlage in Schwellenländern siehe Verkaufsprospekt.

DWS Euroland Strategie (Renten) **

WKN 847 403 – ISIN DE0008474032

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS 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

blik Deutschland, der Französischen Republik und der Italienischen Republik möglich.

DWS Europa Strategie (Rnten) **

WKN 976 977 – ISIN DE0009769778

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Der DWS Euro Strategie (Rnten) 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 flexilem Management der Laufzeiten und Währungen. Das Fondsmanagement legt Wert auf eine ausgewogene Fondsstruktur.

DWS Global-Gov Bonds **

WKN 847 408 – ISIN DE0008474081

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS 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 Inter-Renta ***

WKN 847 404 – ISIN DE0008474040

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

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

DWS Invest 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 variabilem Zinssatz und mit einer durchschnittlichen Laufzeit von 1 bis 3 Jahren.

DWS Invest Income Strategie Plus LD **

WKN 727 291 – ISIN LU0179217897

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Weltweite flexible Anlage im breiten Spektrum verzinslicher Wertpapiere, vor allem fest- sowie variabel verzinsliche Staats- und Unternehmensanleihen aus Industrie- und Schwellenländern. Wandelanleihen können beigemischt werden. Zu den Risiken im Zusammenhang mit Non-Investment-Grade Bonds/High Yield Bonds (vgl. Verkaufsprospekt).

DWS Vermögensbildungsfonds R **

WKN 847 651 – ISIN DE0008476516

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS 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.

Spezialitätenfonds:

DWS Bonus Aktiv ***

WKN 515 245 – ISIN DE0005152458

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Bonuszertifikate verschiedener Emittenten, Laufzeiten und Basiswerte. Im aktiven Selektionsprozess werden im ersten Schritt die jeweils attraktivsten Einzeltitel, Länder, Sektoren oder Marktsegmente mit Schwerpunkt Europa identifiziert und im zweiten Schritt die Bonuszertifikate ausgewählt.

Geldmarkt-/geldmarktnaher Fonds:

DWS FlexProfit Cash *

WKN A0H 1DZ – ISIN LU0242629953

Investmentgesellschaft:
DWS FlexProfit SICAV (Luxemburg)

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Geldmarkt- bzw. geldmarktnaher Bereich mit dynamischem Laufzeitenmanagement.

Geldmarktfonds:

DWS Geldmarkt Plus *

WKN 847 423 – ISIN DE0008474230

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Der DWS Geldmarkt 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 1 bis 3 Monate) nur geringes Zinsänderungsrisiko.

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

Kapitalanlagegesellschaft der Fonds:

Generali Investments Deutschland Kapitalanlagegesellschaft mbH

Gemischtes Wertpapier- und Grundstücks-Sondervermögen (Mischfonds):

Generali AktivMix Ertrag

WKN 415 630 – ISIN DE0004156302

Generali AktivMix Ertrag investiert schwerpunktmäßig in verzinsliche Wertpapiere, Geldmarktanlagen und Anteile an einem oder mehreren Grundstücks-Sondervermögen. Die Anlagen in verzinslichen Wertpapieren konzentrieren sich auf in Euro denominierte Anlagen aus den OECD-Staaten. Die Gesellschaft bestimmt in den „Besonderen Vertragsbedingungen“ ob, für welchen Zweck und in welchem Umfang für Rechnung des Sondervermögens Geschäfte getätigten werden dürfen, die Finanzinstrumente im Sinne von § 8d Abs. 1 KAGG zum Gegenstand haben. Bei der Auswahl der Anlagewerte stehen die Aspekte Werterhaltung, Wachstum und/oder Ertrag im Vordergrund der Überlegungen. Hierbei ist zu beachten, dass Wertpapiere neben den Chancen auf Kurssteigerungen auch Risiken enthalten. Die Kurse der Wertpapiere eines Fonds können gegenüber dem Einstandspreis steigen/fallen. Dies hängt insbesondere von der Entwicklung der Kapitalmärkte ab oder von besonderen Entwicklungen der jeweiligen Aussteller, die nicht vorhersehbar sind. Grundstücke und Beteiligungen an Grundstücks-Gesellschaften dürfen nicht erworben werden.

Generali Investments Luxembourg

Verwaltungsgesellschaft der Fonds:

Generali Investments Luxembourg S.A.

Dachfonds:

Generali Komfort Balance

WKN 921 700 – ISIN LU0100842029

Der Generali Komfort Balance investiert in etwa zu gleichen Teilen in Aktien- und Rentenfonds mit dem Anlageschwerpunkt Euroland. Je nach Marktlage kann das Verhältnis von Renten- und Aktienfonds höher bzw. niedriger gewichtet werden. Darüber hinaus kann der Generali Komfort Balance Anteile an gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Als Anlageziel strebt der Fonds die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Der Fonds eignet sich insbesondere für Anleger, die von einer ausgewogenen Anlage in Aktien- und Rentenfonds ohne Währungsrisiken profitieren wollen.

Generali Komfort Dynamik Europa

WKN 921 702 – ISIN LU0100847093

Der Generali Komfort Dynamik Europa investiert überwiegend in Aktienfonds mit dem Anlageschwerpunkt Europa. Durch die Beimischung von Themenfonds setzt der Generali Komfort Dynamik Europa gezielt auf die Chancen wichtiger Wachstumstrends. Darüber hinaus kann der Generali Komfort Dynamik Europa Anteile an Rentenfonds, gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Als Anlageziel strebt der Fonds die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Der Fonds eignet sich insbesondere für Anleger, die über Euroland hinaus von den Entwicklungen des zusammenwachsenden Europas profitieren wollen.

Generali Komfort Dynamik Global

WKN 921 705 – ISIN LU0100847929

Der Generali Komfort Dynamik Global investiert überwiegend in international anlegende Aktienfonds. Mit der Berücksichtigung regionaler Einzelmärkte sowie der Anlage in Branchen- und Themenfonds setzt der Generali Komfort Dynamik Global

gezielt auf die Chancen internationaler Wachstumstrends. Darüber hinaus kann der Generali Komfort Dynamik Global Anteile an Rentenfonds, gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Als Anlageziel strebt der Fonds die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Der Fonds eignet sich insbesondere für Anleger, die von den Entwicklungen an den internationalen Aktienmärkten sowie wachstumsstarken Branchen profitieren wollen.

Generali Komfort Wachstum

WKN 921 701 – ISIN LU0100846798

Der Generali Komfort Wachstum investiert in Aktien- und Rentenfonds mit dem Anlageschwerpunkt Euroland. In der Regel ist der Anteil der Aktienfonds höher als der der Rentenfonds. Darüber hinaus kann der Generali Komfort Wachstum Anteile an gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Als Anlageziel strebt der Fonds die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Der Fonds eignet sich insbesondere für Anleger, die unter Beimischung von Rentenfonds auf Aktienfonds mit dem Anlageschwerpunkt Euroland setzen wollen.

RREEF Investment

Offener Immobilienfonds:

grundbesitz global

WKN 980 705 – ISIN DE 000 9807057

Kapitalanlagegesellschaft:

RREEF Investment GmbH

RREEF Real Estate ist ein Geschäftsbereich von RREEF Alternative Investments, dem Bereich, der weltweit für das Management und die Konzeption von alternativen Investments innerhalb der Asset Management-Division der Deutschen Bank zuständig ist. In Deutschland verwaltet RREEF mit den Gesellschaften RREEF Management GmbH, RREEF Investment GmbH und RREEF Spezial Invest GmbH offene und geschlossene Immobilienfonds sowie Immobilien-Spezialfonds und strukturierte Immobilien-Investmentvehikel für institutionelle Anleger.

Im Juli 2000 hat die Kapitalanlagegesellschaft RREEF Investment GmbH den ersten chancenorientierten Offenen Immobilienfonds mit weltweiter Ausrichtung aufgelegt: grundbesitz global. Der Fonds hat bisher ausschließlich außerhalb Deutschlands investiert und profitiert von der Expertise und dem weltweiten Netzwerk von RREEF. Das Portfolio setzt sich aus renditestarken Immobilien mit einem breiten Mieter-Mix und einem Vermietungsstand von rd. 96 % zusammen.

Der Fonds ist neben Büroimmobilien auch in Hotels, Einzelhandels-, Logistik- und Wohnimmobilien investiert. Geographisch ist der Fonds mit Investments in zentralen Lagen in dem Wachstumsmarkt Asien (21 %) sowie den etablierten Märkten Amerikas (21 %) und Europas (58 %) breit diversifiziert.

Schwerpunkte der Investitionen in Europa sind Frankreich und Großbritannien, weitere Investments betreffen vor allem Standorte in Nord- und Südeuropa sowie Zentraleuropa. In Asien hat das Fondsmanagement außer in Japan und Südkorea erstmalig auch eine Immobilie in China erworben. Insbesondere die asiatischen Märkte, aber auch Ost- und Südeuropa zählen zu den Zielmärkten für weitere Engagements. Erstmals werden die Investmentmärkte Südamerika und Deutschland geprüft. Dabei steht auch die weitere Diversifikation des Portfolios durch Objekterwerbe in den Nutzungsarten Einzelhandel, Logistik und Wohnen im Vordergrund. Im Zuge eines aktiven Portfoliomanagements sollen Gelegenheiten zur gewinnbringenden Veräußerung von Objekten genutzt werden.

Der Fonds besitzt damit ein breit diversifiziertes Portfolio aus qualitativ hochwertigen Immobilien. Der Schwerpunkt liegt auf ertragsstarken Objekten mit guter Standort- und Objektqualität.

SEB Immobilien-Investment

Offener Immobilienfonds:

SEB ImmolInvest

WKN 980 230 – ISIN DE0009802306

Kapitalanlagegesellschaft:

SEB Immobilien-Investment Gesellschaft mbH

SEB ImmolInvest ist ein nach dem Absolute-Return-Konzept konzipierter Offener Immobilienfonds. Seit Auflegung des Fonds am 2. Mai 1989 ist das verwaltete Fondsvermögen auf aktuell 6.342,7 Mio. Euro (Stand 29.02.2010) kontinuierlich gewachsen.

Entsprechend den Anlagezielen stehen eine stabile Preisentwicklung und ein effizientes Risikomanagement im Vordergrund. Durch die Geschäftsfelder Fonds-, Portfolio- und Immobilienmanagement einschließlich des kaufmännischen und technischen Gebäudemagements lassen sich Wertpotenziale bei Vermietung, Neustrukturierung und Verkäufen von Immobilien generieren. Die Fondsgesellschaft verbindet einen Top-down-Ansatz, der sich in der strategischen Asset-Allokation widerspiegelt, mit Bottom-up-Elementen bei der Objektauswahl. Durch Investitionen in verschiedene nationale und

internationale Standorte sowie unterschiedliche Nutzungsarten erreicht die Fondsgesellschaft eine ausgewogene Risikostreuung bei überdurchschnittlicher Performance. Das Portfolio umfasst 151 Objekte und ist damit in 19 Ländern investiert.

Zur Risikostreuung nimmt SEB ImmolInvest seit 1995 Markttchancen außerhalb Deutschlands wahr. Den Anlageschwerpunkt bilden Länder des europäischen Wirtschaftsraumes sowie Nordamerika. Seit 2006 investiert SEB ImmolInvest darüber hinaus in ausgesuchte Märkte im asiatisch-pazifischen Raum. Im Mittelpunkt der jeweiligen Investitionsentscheidung stehen die nachhaltige Ertragskraft der Objekte sowie eine vielfältige und finanziell gesunde Mieterstruktur. Die regionale Diversifizierung, die Vielfalt an bonitätsstarken Mietern und Mietvertragslaufzeiten sowie die ausgewogene Altersstruktur der Objekte ergeben ein unter Risiko-Rendite-Gesichtspunkten optimiertes Immobilienvermögen.

Ebenso wie andere Kapitalanlagen beinhalten Investitionen in Offene Immobilienfonds sowohl Chancen als auch Risiken für den Anleger. Immobilien-Investitionen sind grundsätzlich langfristige und ertragsorientierte Kapitalanlagen. In Bezug auf zukünftige Wertentwicklungen möchten wir darauf hinweisen, dass gute Ergebnisse in der Vergangenheit keine Garantie für die zukünftige Entwicklung des Fonds sind.

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 10 Jahre bzw. die vollen Jahre seit Auflage des Fonds berücksichtigt. Diese Daten erlauben allerdings keine Prognosen für die Zukunft.

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.

Der gemischte Fonds DWS Sachwerte wurde erst im Laufe des Jahres 2009 aufgelegt. Deshalb können wir hierzu noch keine Angaben zur Wertentwicklung eines vollständigen Kalenderjahres machen.

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	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Garantiefonds											
DWS FlexProfit 80	Garantiefonds mit dynamischer Wertsicherungsstrategie in Höhe von 80 % des höchsten erreichten Anteilwertes								+ 2,9	- 14,5	+ 3,5
DWS FlexProfit 85	Garantiefonds mit dynamischer Wertsicherungsstrategie in Höhe von 85 % des höchsten erreichten Anteilwertes								+ 3,2	- 10,8	+ 3,1
DWS FlexProfit 90	Garantiefonds mit dynamischer Wertsicherungsstrategie in Höhe von 90 % des höchsten erreichten Anteilwertes								+ 3,0	- 7,0	+ 3,1

Fonds	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009

Dachfonds

DWS PlusInvest (Balance)	Dachfonds mit 30-60 % Aktienfonds weltweit	- 2,6	- 8,1	- 13,0	+ 12,0	+ 5,8	+ 17,5	+ 3,4	+ 3,7	- 37,7	+ 17,7
DWS PlusInvest (Einkommen)	Dachfonds mit max. 30 % Aktienfonds weltweit	+ 3,3	- 1,7	- 4,2	+ 6,1	+ 6,4	+ 9,5	+ 1,4	+ 2,2	- 26,3	+ 9,1
DWS PlusInvest (Wachstum)	Dachfonds mit mind. 50 % Aktienfonds weltweit	- 2,1	- 22,9	- 26,8	+ 14,7	+ 6,5	+ 25,5	+ 7,8	+ 5,7	- 44,8	+ 27,0
Generali Komfort Balance	„Euroland“; ca. 50 % Renten-/ 50 % Aktienfonds mit Fokus auf den Euroraum	- 0,9	- 9,6	- 13,8	+ 11,1	+ 9,8	+ 15,5	+ 9,8	+ 1,4	- 21,9	+ 16,5
Generali Komfort Dynamik Europa	Europa; ca. 100 % europäische Aktienfonds mit einer Beimischung von Themenfonds	- 6,4	- 22,0	- 29,6	+ 17,8	+ 9,2	+ 25,8	+ 20,2	- 1,3	- 45,3	+ 33,2
Generali Komfort Dynamik Global	Global; ca. 100 % internationale Aktienfonds mit einer Beimischung von Themenfonds	- 6,9	- 17,1	- 30,5	+ 9,8	+ 3,9	+ 25,2	+ 7,9	- 0,7	- 42,8	+ 30,2
Generali Komfort Wachstum	„Euroland“; ca. 30 % Renten-/ 70 % Aktienfonds mit Fokus auf den Euroraum	- 2,3	- 15,2	- 20,8	+ 14,4	+ 11,4	+ 19,3	+ 12,6	+ 1,2	- 31,0	+ 21,8

Aktienfonds

DWS Akkumula	Weltweite Aktienanlage, flexible Rentenbeimischung	- 0,5	- 13,0	- 27,5	+ 19,5	+ 7,2	+ 23,5	+ 13,0	+ 6,2	- 31,9	+ 28,1
DWS Aktien Strategie Deutschland	Aktien aus dem HDAX-Index	+ 21,9	- 19,6	- 37,4	+ 51,7	+ 13,5	+ 31,2	+ 28,4	+ 17,9	- 46,3	+ 31,2
DWS Emerging Markets Typ O	Aktien in Emerging Markets	- 20,1	- 7,1	- 20,0	+ 38,2	+ 11,4	+ 56,9	+ 24,1	+ 24,1	- 59,9	+ 79,3
DWS European Opportunities	Mittlere europäische Unternehmen mit Schwerpunkt Deutschland	+ 0,9	- 22,6	- 33,1	+ 22,9	+ 21,5	+ 34,3	+ 28,4	- 2,4	- 58,9	+ 42,9
DWS Eurovesta	Europäische „Blue Chips“, Orientierung am DOW JONES STOXX 50	- 7,2	- 19,8	- 33,5	+ 16,3	+ 7,4	+ 31,7	+ 16,5	+ 9,1	- 52,9	+ 42,7
DWS Global Value	Aktienfonds für die globale substanzielle Anlage		+ 8,4	- 31,5	+ 16,4	+ 15,7	+ 34,4	+ 10,4	+ 5,7	- 41,5	+ 33,8
DWS Intervest	Weltweite Anlage in Qualitätsaktien	+ 6,6	- 15,3	- 30,7	+ 16,8	+ 5,6	+ 25,5	+ 2,5	+ 15,7	- 39,9	+ 26,4
DWS Invest Top Dividend Europe LD	Aktienfonds mit Ausrichtung auf dividendenstarke europäische Aktien					+ 8,7	+ 21,5	+ 18,1	+ 6,2	- 46,6	+ 24,9
DWS Investa	Deutsche Aktien „Blue Chips“	- 2,0	- 20,0	- 41,9	+ 32,5	+ 1,2	+ 28,4	+ 22,2	+ 16,9	- 44,0	+ 34,6
DWS Osteuropa	Ausgewählte Unternehmen Mittel- und Osteuropas, Russlands sowie der Türkei	+ 1,3	+ 3,9	+ 8,7	+ 28,3	+ 32,8	+ 61,5	+ 29,9	+ 23,3	- 69,2	+ 87,3
DWS Select-Invest	Aktienfonds mit Ausrichtung auf den deutschen Aktienmarkt	- 4,0	- 13,8	- 27,6	+ 49,0	+ 4,7	+ 29,5	+ 27,6	+ 16,8	- 48,2	+ 22,6
DWS Top Dividende	Aktien von Unternehmen mit hoher Marktkapitalisierung („Blue Chips“)				+ 19,3	+ 20,7	+ 19,1	+ 18,2	+ 7,1	- 35,5	+ 29,9
DWS US Growth	Große US-amerikanische Werte	- 8,2	- 18,0	- 36,4	+ 4,1	+ 2,3	+ 22,9	+ 2,7	+ 1,2	- 39,6	+ 31,2
DWS Vermögensbildungsfonds I	Internationale Aktien, vorwiegend Standardwerte	+ 2,9	- 12,7	- 29,9	+ 17,0	+ 6,9	+ 22,1	+ 11,1	+ 0,6	- 31,4	+ 23,1

Themenfonds

DWS Bildungsfonds	Festverzinsliche Wertpapiere und ausgewählte Aktien, Deutschland und Eurozone	+ 13,0	- 4,6	- 15,8	+ 15,3	+ 6,2	+ 13,7	+ 8,9	+ 5,4	- 22,2	+ 14,6
DWS Global Metals & Mining Typ O	Aktien, Wandel- und Optionsanleihen von Unternehmen der Rohstoffbranche	- 10,1	+ 3,8	- 14,0	+ 21,6	- 6,0	+ 33,9	+ 10,5	+ 28,0	- 53,3	+ 78,5
DWS Gold plus	Gold und andere Edelmetalle	+ 1,4	+ 5,4	+ 15,2	+ 1,8	+ 18,5	+ 18,5	+ 12,5	+ 19,3	- 9,0	+ 19,6
DWS Top 50 Asien	50 ausgewählte Aktien aus dem asiatisch-pazifischen Raum	- 26,7	- 1,7	- 17,6	+ 18,6	+ 7,2	+ 47,7	+ 15,8	+ 17,8	- 44,4	+ 48,8
DWS Top 50 Europa	50 ausgewählte europäische Unternehmen mit „wertorientiertem Management“	+ 6,0	- 18,6	- 35,4	+ 20,2	+ 9,5	+ 27,1	+ 17,8	+ 7,0	- 45,1	+ 32,8
DWS Top 50 Welt	50 ausgewählte „Qualitätstitel“, die von globalen Trends profitieren	- 9,6	- 16,3	- 27,1	+ 9,5	+ 3,0	+ 22,0	+ 2,1	+ 5,5	- 38,3	+ 30,4

Fonds	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009

Rentenfonds

DWS Covered Bond Fund	Staatsanleihen und öffentliche Pfandbriefe	+ 5,1	+ 5,9	+ 5,5	+ 2,9	+ 3,0	+ 1,6	+ 1,4	+ 2,6	+ 3,7	+ 4,8
DWS Emerging Markets Bonds	US-Dollar denominierte Emerging Markets-Anleihen	+ 18,1	+ 15,0	- 6,3	+ 0,6	+ 3,6	+ 23,9	- 0,5	- 5,3	- 19,5	+ 27,3
DWS Euroland Strategie (Renten)	Euro-Rentenwerte guter Bonität	+ 4,8	+ 4,7	+ 7,6	+ 5,3	+ 6,8	+ 3,8	+ 0,3	+ 1,4	- 5,7	+ 13,7
DWS Europa Strategie (Renten)	Europäische Anleihen und Währungen, Fokus auf dem Thema „Euro“	+ 5,5	+ 6,8	+ 7,8	+ 0,9	+ 9,2	+ 6,8	+ 0,3	+ 3,9	- 4,9	+ 9,3
DWS Eurorenta	Marktbreiter europäischer Rentenfonds	+ 6,5	+ 5,6	+ 8,8	+ 1,9	+ 8,4	+ 8,1	+ 0,1	+ 2,6	- 4,6	+ 9,1
DWS Global-Gov Bonds	Anleihen guter und sehr guter Bonität, vor allem Staatspapiere	+ 5,0	+ 8,3	+ 4,3	+ 0,4	+ 4,7	+ 6,6	- 2,8	- 0,9	+ 2,0	+ 4,3
DWS Inter-Renta	Weltweite Anlage in Renten-Werten	+ 8,8	+ 4,2	- 0,5	- 4,8	+ 1,3	+ 8,2	- 5,5	- 3,1	+ 2,6	+ 6,2
DWS Invest Euro Bonds (Short) LD	Auf Euro lautende Anleihen, Wandelanleihen, sonstige festverzinsliche Wertpapiere oder Anleihen mit variablem Zinssatz und mit einer durchschnittlichen Laufzeit von 1 bis 3 Jahren				+ 3,6	+ 2,6	+ 1,5	+ 1,4	+ 2,5	+ 2,7	+ 5,5
DWS Invest Income Strategie Plus LD	Global anlegender Rentenfonds mit absolutem Renditeziel					+ 1,7	+ 4,3	- 0,6	+ 5,5	- 3,0	+ 6,2
DWS Vermögensbildungsfonds R	Euro-Anleihen vorwiegend europäischer Emittenten	+ 6,6	+ 6,5	+ 8,7	+ 3,8	+ 6,7	+ 3,6	- 0,6	+ 1,4	+ 2,9	+ 7,0

Offene Immobilienfonds

grundbesitz global	Weltweit; Qualitäts-Gewerbeimmobilien außerhalb Deutschlands		+ 6,0	+ 4,2	+ 2,5	+ 4,5	+ 4,0	+ 7,9	+ 5,4	+ 5,0	+ 3,3
SEB ImmolInvest	Europa; hochwertige Immobilien in Europa	+ 6,0	+ 5,7	+ 5,5	+ 4,6	+ 4,3	+ 4,2	+ 4,2	+ 5,1	+ 5,0	+ 4,1

Gemischtes Wertpapier- und Grundstücks-Sondervermögen

Generali AktivMix Ertrag	Sicherheitsorientierte Anlage in drei klassischen wertstabilen Anlagesegmenten: Renten, Offene Immobilienfonds und Geldmarkt					+ 1,3	+ 2,0	+ 1,3	+ 2,7	+ 1,1	+ 6,3
--------------------------	--	--	--	--	--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Spezialitätenfonds

DWS Bonus Aktiv	Bonuszertifikate verschiedener Emittenten, Laufzeiten und Basiswerte								+ 3,1	- 39,3	+ 22,9
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--------	--------

Geldmarkt-/geldmarktnaher Fonds

DWS FlexProfit Cash	Geldmarkt- bzw. geldmarktnaher Bereich mit dynamischem Laufzeitenmanagement								+ 3,2	+ 0,9	+ 1,7
---------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	-------	-------	-------

Geldmarktfonds (nur zur Übertragung von Fondsguthaben bei Fondswechseln)

DWS Geldmarkt Plus	Euro-Geldmarktinstrumente	+ 4,0	+ 4,3	+ 3,1	+ 2,4	+ 2,0	+ 2,0	+ 2,7	+ 3,2	- 0,5	- 0,7
--------------------	---------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

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 2010 der Steuergesetzgebung. Hierzu zählen insbesondere die Bestimmungen des Alterseinkünftegesetzes vom 05.07.2004 (Bundesgesetzblatt 2004 Teil I S. 1427, Bundessteuerblatt 2004 Teil I S. 554). Die Anwendung der Steuerregelungen auf den jeweiligen Vertrag kann sich auch während der Laufzeit des Vertrags noch ändern. Insbesondere kann sich aus der Änderung von Gesetzen, Verordnungen und Verwaltungsanweisungen oder auch der Rechtsprechung während der weiteren Vertragslaufzeit sowie durch einvernehmliche Vertragsänderungen eine abweichende steuerliche Behandlung ergeben.

A **Einkommensteuer**

(1) **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. 3 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-, Kinderinvaliditäts- oder Pflegerenten-Zusatzversicherung sowie Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO) zu Risiko-Lebensversicherungen entfallen, können – wie die Beiträge für die Hauptversicherung – als Sonderausgaben abgezogen werden.

Renten aus Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV (Einkommensteuer-Durchführungsverordnung) zu versteuern. Nachfolgend sind für einige mögliche Laufzeiten der Berufsunfähigkeitsrente (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 von der Versicherungsteuer befreit.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungs-Erklärung

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

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland

ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden Ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

4. Zentrale Hinweissysteme

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

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

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

Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge; Zweck: Risikoprüfung.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanz-Dienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen) werden durch

rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

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

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

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datentransfer", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe, der Generali Deutschland Gruppe, gehören zurzeit u. a. folgende Unternehmen an

AachenMünchener Lebensversicherung AG,
AachenMünchener Versicherung AG,
Advocard Rechtsschutzversicherung AG,
CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG AG,
COSMOS Lebensversicherungs-AG,
COSMOS Versicherung AG,
Deutsche Bausparkasse Badenia AG,
Dialog Lebensversicherungs-AG,
ENVIVAS Krankenversicherung AG,
Generali Deutschland Informatik Services GmbH,
Generali Deutschland Pensionskasse AG,
Generali Deutschland Pensor Pensionsfonds AG,
Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH,
Generali Deutschland Services GmbH,
Generali Investments Deutschland Kapitalanlagegesellschaft mbH,
Generali Lebensversicherung AG,
Generali Versicherung AG.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanz-Dienstleistungen (z. B. Kredite, Kapitalanlagen) auch mit Kreditinstituten, Kapitalanlagegesellschaften sowie anderen Versicherern außerhalb der Gruppe zusammen.

Zurzeit kooperieren wir mit

Generali Deutschland Finanzdienstleistung GmbH,
ATLAS Dienstleistungen für Vermögensberatung GmbH,
Commerz Grundbesitz-Investmentgesellschaft mbH,
COMMERZBANK AG,
SEB AG.

Die Einbeziehung von weiteren unterschiedlichen Kooperationspartnern je nach Einzelfall erfolgt über die AachenMünchener Versicherungsvermittlungen GmbH.

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

6. Betreuung durch Vermittler

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

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

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

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrags), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

Die Vermittlung erfolgt u. a. über die

- Deutsche Vermögensberatung Aktiengesellschaft DVAG
- Allfinanz Deutsche Vermögensberatung AG
- FVD Gesellschaft für Finanzplanung und Vermögensberatung Deutschland GmbH.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

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