

WUNSCHPOLICE STRATEGIE No. 1

- Versicherungsbedingungen
- Allgemeine Informationen

Die Produkte der AachenMünchener
erhalten Sie exklusiv bei der:



Deutsche
Vermögensberatung

Unternehmensgruppe



Aachen
Münchener



Versicherungsbedingungen und Informationen für den Versicherungsnehmer

	Seite
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	3 – 4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB	5 – 21
Besondere Bedingungen für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan	22 – 23
Bedingungen für die Todesfall-Zusatzversicherung	24 – 27
Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	28 – 34
Sondereinbarung zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Ärzte/Zahnärzte	35
Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung	36 – 41
Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung	42 – 48
Bedingungen für Pflegerenten-Zusatzversicherungen nach Tarif P	49 – 54
Bedingungen für Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO	55 – 57
Informationen für den Versicherungsnehmer zu fondsgebundenen Rentenversicherungen WUNSCHPOLICE STRATEGIE No. 1 und WUNSCHPOLICE SACHWERT-STRATEGIE No. 1	58 – 73
Merkblatt zur Datenverarbeitung	74 – 75

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die beantragten Leistungen zu Versicherungsbeginn. Bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit wird eine Leistung aber nur dann fällig, wenn die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, bzw. Invalidität oder Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht wird (vgl. Absatz 2).
- (2) Haben Sie den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung (BUV), einer Erwerbsunfähigkeits-Versicherung (EUV) oder einer Kinderinvaliditäts-Versicherung (KIV), den Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV), einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZV), einer Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZ) oder einer Pflegerenten-Zusatzversicherung (PZV) beantragt und tritt eine Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer maßgebenden Versicherungsbedingungen während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes ein, erbringen wir Leistungen nur, wenn
 - a) die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht wird, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, und uns die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit innerhalb von 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 dazu gehörigen Übungsfahrten.
 - b) die Versicherung bzw. die Hauptversicherung einschließlich der betreffenden Zusatzversicherung zu Stande gekommen ist und zum Zeitpunkt der Anzeige der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit noch besteht.
- (3) Für unsere Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes gelten folgende Begrenzungen, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben oder wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind:
 - a) Einschließlich der Leistungen aus einer Todesfall-Zusatzversicherung zahlen wir als Todesfall-Leistung höchstens 150.000 €.
 - b) Die Beitragsbefreiung aus der BUZV sowie EUZV gilt höchstens für einen anfänglichen jährlichen Beitrag von 6.000 €; sind Versicherungsleistungen für einen höheren Beitrag beantragt, ist von Ihnen der übersteigende Beitragsteil zu entrichten. Beitragsfreie Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans als zusätzliche Leistung des BUZV-Zusatztarifs I bzw. des EUZV-Zusatztarifs Y sind auf einen jährlichen Dynamik-Prozentsatz von 6 % begrenzt.
 - c) Die monatliche Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Invaliditäts- oder Pflegerente beträgt einschließlich einer evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung höchstens 1.500 €.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;

- b) uns 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 Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person oder wenn der Versicherungsfall aus einer beantragten Berufsunfähigkeits-Versicherung, Erwerbsunfähigkeits-Versicherung oder Kinderinvaliditäts-Versicherung oder

einer mitbeantragten Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts- oder Pflegerenten-Zusatzversicherung durch absichtliche Herbeiführung des Unfalls im Sinne von § 1 Abs. 2 a), absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung verursacht ist, besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir eine für den Todesfall nach § 1 versicherte Leistung erbringen.

- (3) Unsere Leistungspflicht entfällt ferner, wenn der Tod, die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person verursacht ist
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse,
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
 - c) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.
- (4) Weitere Einschränkungen und Ausschlüsse ergeben sich aus den Bedingungen, die gemäß § 6 Abs. 1 auch für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

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

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

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

§ 7 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB

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
Wie berechnet sich der Wert der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten?	§ 3
Können Sie die Aufteilung der Anlagebeträge (Anlagesplitting) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel)?	§ 4
Was bedeutet die Wertsicherungsoption in ihren Varianten A und B?	§ 5
Was geschieht, wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilen einstellt?	§ 6
Können Sie den Beginn der Rentenzahlung flexibel gestalten?	§ 7
Wann beginnt der Versicherungsschutz?	§ 8
Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	§ 9
Können Sie die Versicherungsleistungen durch Sonderzahlungen oder durch eine Aufstockung des laufenden Beitrags erhöhen?	§ 10
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 11
Was gilt bei Wehr- oder Polizeidienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 12
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 13
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 14
Sie wollen eine Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden Renten?	§ 15
Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen bzw. herabsetzen?	§ 16
Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?	§ 17
Sie wollen ein Policendarlehen?	§ 18
Zu welchen Anlässen können Sie die Versicherungsleistungen Ihrer fondsgebundenen Rentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung anpassen?	§ 19
Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	§ 20
Wo und wann erfüllen wir unsere Leistungsverpflichtungen, und wann verjähren Ihre Ansprüche?	§ 21
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 22
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 23
Wer erhält die Versicherungsleistung (Bezugsrecht, Abtretung, Verpfändung)?	§ 24
Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	§ 25
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 26
Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?	§ 27
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 28
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 29
Welche Vertragsbestimmungen können geändert werden?	§ 30

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Bei einer Versicherung nach Tarif GRB handelt es sich um eine

fondsgebundene Rentenversicherung mit aufgeschobener lebenslanger Rentenzahlung in garantierter Mindesthöhe, Recht auf vorgezogene Teilrenten, Kapitalleistung bei Tod vor Beginn der Rente, Rentengarantiezeit, flexiblem Rentenbeginn und mit Kapitalwahlrecht

Wir bieten Ihnen Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Anlagestock/Anlagestöcke). Die Anlagestöcke werden gesondert von unserem sonstigen Vermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteileneinheiten aufgeteilt. Im Rahmen des versicherungsmathematischen Verfahrens zur Sicherstellung der Mindestleistung (Beitragserhalt, vgl. Absatz 6) sowie im Rahmen der Wertsicherungsoption gemäß § 5 werden – basierend auf der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung zum garantiefondsgebundenen Anlagesplitting (vgl. § 4 Abs. 1) – Teile des gebildeten Kapitals in Anteilen des Fonds DWS Funds Invest ZukunftsStrategie und/oder des Fonds DWS Funds Invest SachwertStrategie (im Folgenden als die „Garantiefonds“ bezeichnet) geführt (garantiefondsgebundenes Deckungskapital). Soweit erforderlich, werden darüber hinaus Teile des gebildeten Kapitals auch in unserem sonstigen Vermögen angelegt (nicht fondsgebundenes Deckungskapital) oder – falls möglich – entsprechend der von Ihnen getroffenen Auswahl aus den zur Verfügung stehenden Fonds (vgl. § 4) – ebenfalls als Sondervermögen angelegt (freies fondsgebundenes Deckungskapital). Von den Beiträgen einer jeden Versicherungsperiode behalten wir die vorgesehenen Kosten für einen Monat ein. Den verbleibenden Beitragsteil (Anlagebeitrag) führen wir dem Deckungskapital Ihrer Versicherung zu. Zu Beginn eines jeden Monats wird in Abhängigkeit von der Wertentwicklung des/der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Garantiefonds das Deckungskapital nach dem versicherungsmathematischen Verfahren neu auf garantiefondsgebundenes und – falls erforderlich – nicht fondsgebundenes oder – falls möglich – freies fondsgebundenes Deckungskapital aufgeteilt. Der Teil des Anlagebeitrags, der gegebenenfalls den Garantiefonds zuzuführen ist, wird dabei gemäß Ihrer Wahl für das garantiefondsgebundene Anlagesplitting (vgl. § 4 Abs. 1) auf die beiden dafür verfügbaren Fonds aufgeteilt. Handelt es sich nicht um einen Beitragszahlungstermin, werden die Kosten für den beginnenden Monat vom Deckungskapital einbehalten. Das nicht fondsgebundene Deckungskapital – falls überhaupt erforderlich – wird bei der Aufteilung nur so hoch bemessen, dass wir zusammen mit dem garantiefondsgebundenen Deckungskapital mindestens den Beitragserhalt gemäß Absatz 6 gewährleisten können. Sofern im Rahmen des versicherungsmathematischen Verfahrens Teile des garantiefondsgebundenen Deckungskapitals in nicht fondsgebundenes oder freies Deckungskapital umzuschichten sind, werden diese Teile dem garantiefondsgebundenen Deckungskapital – sofern Ihrem Vertrag beide Garantiefonds zugrunde liegen, im Verhältnis der Geldwerte der in diesen Fonds vorhandenen Deckungskapitale Ihres Vertrags – entnommen. Der nicht für die Garantiezusage benötigte Anteil (freier Anlagebetrag) wird als freies fondsgebundenes Deckungskapital angelegt und entsprechend Ihrer Auswahl auf die dafür zur Verfügung stehenden Fonds aufgeteilt. Je nach Wertentwicklung des/der Garantiefonds kann das Deckungskapital Ihrer Versicherung vollständig fondsgebunden oder auch vollständig nicht fondsgebunden angelegt sein. Bei der Umrechnung von Beitragsteilen sowie von nicht fondsgebundenem Deckungskapital in Anteileneinheiten des fondsgebundenen Deckungskapitals und bei der Entnahme von fondsgebundenem Deckungskapital legen wir den Stichtag (vgl. Absatz 8) des Vormonats zugrunde. Bei der Umrechnung in Anteileneinheiten wird kein Ausgabeaufschlag berechnet.

Rentenzahlung

- (2) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, zahlen wir die versicherte Rente monatlich bis zum Tod der versicherten Person. Wir zahlen die Rente jedoch mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit.
- (3) Anstelle der monatlichen Rentenzahlungsweise kann auch eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rentenzahlungsweise vereinbart werden. Eine Änderung der vertraglich vereinbarten Rentengarantiezeit kann mit Frist von einem Monat vor dem Beginn der Rentenzahlung beantragt werden. Hierdurch ändert sich die Höhe der garantierten Mindestrente gemäß Absatz 6: Bei einer Verlängerung der Rentengarantiezeit reduziert sie sich, bei einer Verkürzung der Rentengarantiezeit erhöht sie sich. Die geänderte Mindestrente für die neue Rentengarantiezeit ermitteln wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen bei Vertragsabschluss.
- (4) Die Höhe der Rente ist abhängig von dem bei Beginn der Rentenzahlung vorhandenen Deckungskapital der Versicherung. Der Wert des Deckungskapitals ist die Summe aus dem nicht fondsgebundenen Deckungskapital und dem Wert des garantiefondsgebundenen sowie freien fondsgebundenen Deckungskapitals. Hinzu kommt eine aus dem evtl. vorhandenen fondsgebundenen Überschussguthaben gebildete Rente. Das fondsgebundene Deckungskapital und das fondsgebundene Überschussguthaben fassen wir auch unter dem Begriff „Fondsguthaben“ zusammen. Das fondsgebundene Überschussguthaben und das freie fondsgebundene Deckungskapital (vgl. Absatz 1) bezeichnen wir auch als „freies Fondsguthaben“. Der aus dem Deckungskapital, das wir nicht für unsere anfängliche Garantiezusage gemäß Absatz 6 benötigen, ermittelte Rententeil erreicht mindestens 85 % des Betrages, der sich ergibt, wenn wir bei seiner Ermittlung die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung wie bei Vertragsbeginn zugrunde legen. Liefern die Annahmen zur künftigen Lebenserwartung, die wir bei Beginn der Rentenzahlung für neu abzuschließende Rentenversicherungen zugrunde legen, einen größeren Rententeil, so gilt dieser für Ihren Vertrag.
- (5) Der Wert der auf das Fondsguthaben entfallenden Anteileneinheiten ergibt sich aus ihrer Anzahl pro Anlagestock multipliziert mit dem am Stichtag ermittelten jeweiligen Wert einer Anteileneinheit.
- (6) Sofern keine Teilrenten gemäß Absatz 16 in Anspruch genommen werden, stehen zur Erfüllung der Mindestleistung (Beitragserhalt) ab dem im beigefügten Antrag bzw. Vorschlag für einen Antrag auf Abschluss einer WUNSCHPOLICE STRATEGIE No. 1 bzw. WUNSCHPOLICE SACHWERT-STRATEGIE No. 1 (nachfolgend „Antrag“ genannt) bzw. im Versicherungsschein dokumentierten Garantiezeitpunkt mindestens die bis dahin insgesamt gezahlten Beiträge, jedoch ohne Beiträge für eine evtl. eingeschlossene Zusatzversicherung zur Verfügung. Auf dieser Basis wird mindestens eine Rente in Höhe der im Antrag bzw. im Versicherungsschein ausgewiesenen Garantierente (garantierte Mindestrente) gezahlt. Der Beitragserhalt erstreckt sich ab dem Garantiezeitpunkt auch auf bis dahin entrichtete Sonderzahlungen gemäß § 10 sowie auf nach dem Garantiezeitpunkt entrichtete Sonderzahlungen ab dem Zeitpunkt ihrer Zahlung.
- (7) Mit Rentenbeginn wird den Anlagestöcken der auf Ihren Vertrag entfallende Anteil entnommen und sein Geldwert ebenfalls in unserem sonstigen Vermögen angelegt.
- (8) Der Wert einer Anteileneinheit richtet sich nach der Wertentwicklung des jeweiligen Anlagestocks. Den Wert der Anteileneinheit ermitteln wir dadurch, dass der Geldwert des betreffenden Anlagestocks am jeweiligen Stichtag durch die Anzahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen

Anteileinheiten geteilt wird; Anteile der Investmentfonds werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt. Als Stichtag gilt der letzte Börsentag des betreffenden Monats.

- (9) Die von den Fondsgesellschaften ausgeschütteten Erträge aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten fließen unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu und ergeben damit zusätzliche Anteileinheiten. Erträge, die nicht ausgeschüttet werden, verbleiben im Anlagestock und erhöhen damit den Wert der Anteileinheiten (thesaurierende Fonds).
- (10) Das evtl. vorhandene nicht fondsgebundene Deckungskapital vor Beginn der Rentenzahlung sowie die Deckungsrückstellung*) nach Beginn der Rentenzahlung wird jeweils mit dem tariflichen Garantiezinssatz (Rechnungszins) von jährlich 2,25 % verzinst.
- (11) Da die Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke nicht vorauszusehen ist, können wir vor Rentenbeginn die Höhe der Rente nur bis zu dem Betrag garantieren, der sich aus der Mindestleistung (Absatz 6) ergibt (garantierte Mindestrente). Sie haben die Chance, insbesondere bei Kurssteigerungen der Wertpapiere der Anlagestöcke, einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass die Rente je nach Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke höher oder niedriger ausfallen wird, in jedem Fall aber die garantierte Mindestleistung gemäß Absatz 6 erreicht.

Kapitalabfindung

- (12) Anstelle der Rentenzahlungen leisten wir zum Fälligkeitstag der ersten Rente auf Antrag eine einmalige Kapitalabfindung, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt. Eine Ausübung des Kapitalwahlrechts (= Antrag auf Kapitalabfindung) ist bis spätestens einen Monat vor dem Beginn der Rentenzahlung möglich. Bei einer vollständigen Kapitalabfindung zum Beginn der Rentenzahlung erlischt die Versicherung. Die Kapitalabfindung im Zusammenhang mit dem flexiblen Rentenbeginn ist in § 7 Abs. 4 und 5 beschrieben.
- (13) Unter Beachtung der in Absatz 12 genannten Frist können Sie beantragen, dass bei Beginn der Rente nur ein Teil des vorhandenen Vertragsguthabens (Geldwert des Fondsguthabens zuzüglich evtl. vorhandenes nicht fondsgebundenes Deckungskapital) als Kapitalabfindung erbracht wird und aus dem restlichen Vertragsguthaben eine Rente gemäß Absatz 4 gebildet wird.

Todesfall-Leistung

- (14) Stirbt die versicherte Person vor Beginn der Rentenzahlung, zahlen wir das vorhandene Vertragsguthaben. Auf Antrag des Anspruchsberechtigten bilden wir aus der Todesfall-Leistung eine sofort beginnende Rentenversicherung auf sein Leben, sofern die Rente einen jährlichen Mindestbetrag von 300 € erreicht. Bei der Berechnung dieser Rente werden wir den Rechnungszins sowie die Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir bei Beginn der Rentenzahlung bei neu abzuschließenden Rentenversicherungen ansetzen.

*) Für Versicherungen im Rentenbezug müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden, um die ab dann zugesagten Renten erbringen zu können. Die Berechnung dieser Deckungsrückstellung erfolgt nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten Leistungen basiert auf Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004 R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegend Erlebensfallcharakter (Basistafel mit Trendfunktion).

Leistung in Wertpapieren

- (15) Die bei Tod vor Beginn der Rentenzahlung fällige Todesfall-Leistung sowie die Kapitalabfindung und das Überschussguthaben erbringen wir – sofern es sich um freies Fondsguthaben handelt und dieses sich nicht auf den/Ihren Vertrag zugrunde liegenden Garantiefonds erstreckt – nach Wahl des Anspruchsberechtigten als Geldleistung oder in Wertpapieren der Anlagestöcke. Bei einer Übertragung von Wertpapieren ist für die Bemessung der Anzahl der Wertpapiere der Geldwert des freien Fondsguthabens (vgl. § 3) maßgebend. Dieser Wert verringert sich noch um die Übertragungskosten in Höhe von 25 €. Ein freies Fondsguthaben bis zu einem Wert von 500 € erbringen wir als Geldleistung. Zur Ausübung seines Wahlrechts werden wir den Anspruchsberechtigten auffordern. Wenn der Anspruchsberechtigte nicht innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Aufforderung die betreffende Leistung in Wertpapieren verlangt, zahlen wir sie als Geldleistung aus.

Teilrenten

- (16) Vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung können bis zu 8 vorgezogene Teilverrentungskapitale als Teilrenten oder deren jeweils zugehörige Teilkapitalabfindung in Anspruch genommen werden. Diese können mit Frist von einem Monat jeweils zum Monatsanfang, frühestens jedoch zu Beginn des dritten Versicherungsjahres**), beantragt werden. Wird ein vorgezogenes Teilverrentungskapital in Anspruch genommen, wird dieser Betrag von dem zum jeweiligen Rentenbeginn der Teilrente (Teilrententermin) vorhandenen Deckungskapital entnommen und zur Bildung einer Teilrente verwendet (vgl. auch Absatz 7) oder ausgezahlt (vgl. Absatz 12). Die Höhe des ersten vorgezogenen Teilverrentungskapitals ist begrenzt auf die Summe der bis zum Teilrententermin gezahlten Beiträge der Hauptversicherung, für die verbleibende Dauer bis zum Garantiezeitpunkt mit dem Rechnungszins von 2,25 % p. a. diskontiert. Die Obergrenze für ein weiteres Teilverrentungskapital ist die Summe der bis zum Teilrententermin gezahlten Beiträge der Hauptversicherung, für die verbleibende Dauer bis zum Garantiezeitpunkt mit dem Rechnungszins von 2,25 % p. a. diskontiert, reduziert um frühere Teilverrentungskapitale, aufgezinnt von ihrem jeweiligen Entnahmezeitpunkt bis zum Zeitpunkt der weiteren Entnahme eines Teilverrentungskapitals. Die Rente gemäß Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 4 wird aus dem Deckungskapital, welches nach möglichen Entnahmen von Teilverrentungskapitalen noch verbleibt, gebildet. Die Teilrente zahlen wir monatlich bis zum Tod der versicherten Person, mindestens jedoch bis zum jeweiligen Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diese Rentenzahlungstermine erlebt. Sofern Sie ein Teilverrentungskapital in Anspruch nehmen, reduziert sich der Beitragserhalt (Garantieniveau) gemäß Absatz 6 jeweils um den Betrag der entnommenen, vom Entnahmezeitpunkt bis zum Garantiezeitpunkt aufgezinnten Teilverrentungskapitale.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrages vor Rentenbeginn ist die Entwicklung der Sondervermögen (Anlagestock / Anlagestöcke), an der Sie unmittelbar beteiligt sind (vgl. § 1 Abs. 1). Darüber hinaus beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und – sofern Deckungskapital in unserem sonstigen Vermögen angelegt wird (nicht fondsgebundenes Deckungskapital) sowie während des Ren-

**) 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.

tenbezugs – an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Auf das Fondsguthaben fallen bei dieser Versicherung keine Bewertungsreserven an. 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 insbesondere dann, wenn Rentenbezugszeiten kürzer und Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt, und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Nach Beginn der Rentenzahlung bzw. auch bezogen auf ggf. vorhandenes nicht fondsgebundenes Deckungskapital stammen die Überschüsse im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen des sonstigen Vermögens (vgl. § 1 Abs. 1). Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige garantierte 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 Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

- b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst, um das jeweils versicherte Risiko zu berücksichtigen. Darüber hinaus haben wir teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände 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 sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.
- c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Bei der vor-

liegenden Versicherung entstehen Bewertungsreserven vor Beginn der Rentenzahlung höchstens, soweit und solange wir nach dem in § 1 Abs. 1 bzw. § 5 beschriebenen Verfahren Teile des Deckungskapitals in unserem sonstigen Vermögen anlegen (nicht fondsgebundenes Deckungskapital). Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den Verträgen nach dem in Absatz 7 beschriebenen Verfahren unter den dort genannten Voraussetzungen zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung der Ansparphase (durch Tod oder Kündigung) oder Erleben des Beginns der Rentenzahlung wird der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt oder verrentet. Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen. 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 jährlich 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) Ermittlung der Überschussanteile vor Beginn der Rentenzahlung

Vor Beginn der Rentenzahlung erhalten Sie als Überschussbeteiligung Zins-Überschussanteile (soweit nicht fondsgebundenes Deckungskapital vorhanden ist) und Kosten-Überschussanteile, die wir zum Ende eines jeden Versicherungsmonats zuteilen. Der Zins-Überschussanteil wird im Verhältnis des evtl. vorhandenen nicht fondsgebundenen Deckungskapitals zum Ende des Vormonats bemessen, der Kosten-Überschussanteil im Verhältnis des zum Zuteilungszeitpunkt vorhandenen Fondsguthabens. Bei beitragspflichtigen Versicherungen erhalten Sie darüber hinaus zum Ende einer jeden Versicherungsperiode einen beitragsbezogenen Kosten-Überschussanteil. Bei Versicherungen mit einer Beitragszahlungsdauer ab 20 Jahren erfolgt die erste Zuteilung allerdings erst zum Ende des ersten Versicherungsmonats bzw. – für den beitragsbezogenen Kosten-Überschussanteil – der ersten Versicherungsperiode des zweiten Versicherungsjahres. Versicherungen, die zum Ende einer Versicherungsperiode planmäßig beitragsfrei werden, erhalten zu diesem Zeitpunkt noch den Überschussanteil für eine beitragspflichtige Versicherung.

(4) Verwendung der Überschussanteile vor Beginn der Rentenzahlung

Die Zins- und Kosten-Überschussanteile rechnen wir entsprechend der gemäß § 4 Abs. 2 für das freie Anlage splitting vereinbarten prozentualen Aufteilung in Anteilseinheiten der zugehörigen Anlagestöße um und schreiben sie dem Überschussguthaben Ihrer Versicherung gut. Hierbei legen wir die am Stichtag des Fälligkeitsmonats festgestellten Werte der Anteilseinheiten zugrunde. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Die Summe aller so angesammelten Anteilseinheiten bildet das fondsgebundene Überschussguthaben. Der unmittelbar vor Beginn der Rentenzahlung zuletzt zugeteilte Überschussanteil wird direkt verrentet und nicht mehr in Anteilseinheiten umgerechnet.

Zum vereinbarten Rentenbeginn verwenden wir den Wert des Überschussguthabens zusammen mit der letz-

ten laufenden Überschusszuteilung und dem gegebenenfalls auf die Versicherung entfallenden Anteil an den Bewertungsreserven gemäß Absatz 7 zur Bildung einer festen Rentenerhöhung. Diese Rentenerhöhung erreicht mindestens 85 % des Betrages, der sich ergibt, wenn wir bei ihrer Ermittlung die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung wie bei Vertragsbeginn zugrunde legen. Liefern die Annahmen zur künftigen Lebenserwartung, die wir bei Beginn der Rentenzahlung für neu abzuschließende Rentenversicherungen zugrunde legen, eine größere Rentenerhöhung, so gilt für Ihren Vertrag diese größere Rentenerhöhung. Bei Kündigung der Versicherung oder bei Tod vor Beginn der Rentenzahlung erhöht sich der Rückkaufswert (vgl. § 16 Abs. 3) bzw. das Deckungskapital (vgl. § 1 Abs. 14) um den Geldwert des fondsgebundenen Überschussguthabens.

(5) Ermittlung und Verwendung der Überschussanteile nach Beginn der Rentenzahlung

- a) Nach Beginn der Rentenzahlung erhalten Sie jährliche Zins- und Risiko-Überschussanteile jeweils unmittelbar vor dem Jahrestag des Beginns der Rentenzahlung. Die Überschussanteile werden im Verhältnis der jeweiligen Deckungsrückstellung zum Zuteilungszeitpunkt bemessen.
- b) Diese Überschussanteile werden zum einen Teil zur Bildung eines Rentenzuschlags und zum anderen Teil zur Bildung von jährlichen Rentenerhöhungen oder stattdessen – sofern vereinbart – zur Bildung von alleinigen jährlichen Rentenerhöhungen verwendet. Ein Wechsel zwischen den vorgenannten Überschussverwendungsarten kann bis zu 3 Monate vor dem Beginn der Rentenzahlung beantragt werden.

Der evtl. Rentenzuschlag setzt mit Beginn der Rentenzahlung ein. Die zukünftigen – aber noch nicht zugeteilten – Überschussanteile werden dabei unter der Annahme, dass die maßgebenden Überschussanteilsätze unverändert bleiben, so aufgeteilt, dass sich eine über die Rentenzahlungszeit gleich bleibende Rente aus diesen Überschussanteilen ergibt. Der Rentenzuschlag bleibt solange unverändert, wie sich die maßgebenden Überschussanteilsätze und Annahmen über die künftige Lebenserwartung nicht ändern. Bei einer späteren Reduzierung der Überschussanteilsätze oder Änderung der Annahmen über die künftige Lebenserwartung kann der ursprünglich festgesetzte Rentenzuschlag reduziert werden. Das bedeutet, dass die gesamte Rentenzahlung auch sinken kann. Die Rentenerhöhungen beginnen jeweils bei Zuteilung der Überschussanteile. Die jeweiligen Rentenerhöhungen bleiben in ihrer Höhe unverändert. Neu hinzu kommende Rentenerhöhungen führen somit grundsätzlich zu einer jährlich steigenden Gesamtrente. Ist eine Rentengarantiezeit vorgesehen, stimmt die Garantiezeit des Rentenzuschlags und der Rentenerhöhungen mit der verbleibenden Rentengarantiezeit überein. Bei der Berechnung der jeweiligen Rentenerhöhungen werden wir die entsprechenden Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der jeweiligen Rentenerhöhung bei neu abzuschließenden Rentenversicherungen ansetzen.

- c) Auch falls eine Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit gemäß § 15 gezahlt wurde, gewähren wir im Verhältnis der verbliebenen Deckungsrückstellung während der Rentengarantiezeit jährliche Überschussanteile jeweils unmittelbar vor dem Jahrestag des Beginns der Rentenzahlung, solange die versicherte Person lebt. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Tod der versicherten Person, spätestens zum Ablauf der Rentengarantiezeit, ausgezahlt. Bei Wiederaufnahme der Rentenzahlung werden aus den dann zugeteilten Überschussanteilen jeweils sofort beginnende Rentenerhöhungen gebildet.

(6) 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 vor Rentenbeginn ist dabei die Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Nach Rentenbeginn treten die Erträge aus den sonstigen Kapitalanlagen hinzu. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Während der Vertragslaufzeit werden wir Sie gemäß § 155 VVG jährlich über den Stand Ihres Vertrags, insbesondere über die Höhe der erreichten Überschussbeteiligung, informieren.

(7) Bewertungsreserven

Bei Beginn der Rentenzahlung oder ihrer Kapitalabfindung, bei vorherigem Tod der versicherten Person sowie bei einer Kündigung mit vollständiger Auszahlung des Rückkaufswertes der Versicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern Teile des Deckungskapitals in unserem sonstigen Vermögen vorhanden sind oder waren. Voraussetzung ist ferner, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben. Der maßgebende 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. Während des Rentenbezugs wird unter den gleichen Voraussetzungen am Ende eines jeden Versicherungsjahres eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig. Den auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Teilbetrag verwenden wir zur Bildung einer zusätzlichen Rentenerhöhung gemäß Abs. 5 b).

Weitere versicherungsmathematische Hinweise sowie Erläuterungen finden Sie im Abschnitt zur Überschussbeteiligung in den „Informationen für den Versicherungsnehmer“. Einzelheiten zur Aufteilung der Überschussanteile auf die zugrunde liegenden Fonds sowie zu den Anlagestöcken finden Sie in den folgenden §§ 3 und 4.

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

- (1) Der Wert einer Anteilseinheit pro Anlagestock richtet sich nach der Wertentwicklung des entsprechenden Anlagestocks. Den Wert einer Anteilseinheit ermitteln wir dadurch, dass der gesamte Geldwert des Anlagestocks am Stichtag eines Monats durch die Zahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Anteilseinheiten des Anlagestocks geteilt wird. Als Stichtag gilt der letzte Börsentag des entsprechenden Monats. Anteile der Investmentfonds werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt.
- (2) Den Geldwert des Fondsguthabens Ihrer Versicherung ermitteln wir dadurch, dass die jeweilige Zahl der hierauf entfallenden Anteilseinheiten mit dem am Stichtag des Vormonats ermittelten Wert einer Anteilseinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird; § 4 Abs. 3 Satz 8 bleibt unberührt.
- (3) Endet Ihre Versicherung – abgesehen von evtl. bereits laufenden Teilrenten – durch Kapitalabfindung oder Kündigung, legen wir zur Ermittlung des Geldwertes des Fondsguthabens den Stichtag des letzten Versicherungsmonats zugrunde. Endet die Versicherung durch Tod der versicherten Person, wird der Stichtag des Monats herangezogen, der dem Todesfall vorangegangen ist.
- (4) Wenn der Anspruchsberechtigte von uns Geldleistungen erhält (vgl. § 1 Abs. 4 bis 15), behalten wir uns vor, den Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter

Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Stichtag für die Berechnungen des Geldwertes des Fondsguthabens in Abs. 2 und 3 keine Anwendung.

- (5) Zum Ende eines jeden Versicherungsjahres erhalten Sie von uns eine Mitteilung, der Sie den Wert der Anteeinheiten sowie den Wert des Fondsguthabens entnehmen können; der Wert des Fondsguthabens wird in Anteeinheiten und als (Geld)-Betrag aufgeführt. Auf Wunsch geben wir Ihnen den Wert Ihrer Versicherung jederzeit an.

§ 4 Können Sie die Aufteilung der Anlagebeträge (Anlagesplittung) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel)?

(1) Änderung des Anlagesplittings für die Garantiefonds

Zu jedem Monatsbeginn können Sie grundsätzlich die prozentuale Aufteilung der künftigen Anlagebeträge, die im Rahmen des versicherungsmathematischen Verfahrens zur Sicherstellung der Mindestleistung (vgl. § 1 Abs. 1) in die Garantiefonds fließen, ändern (Änderung des garantiefondsgebundenen Anlagesplittings), soweit und solange diese Fonds angeboten werden. Für das Anlagesplittung sind alle ganzzahligen Prozentsätze, mindestens 10 % pro gewähltem Fonds, zulässig. § 6 bleibt unberührt.

(2) Änderung des Anlagesplittings für die freien Anlagebeträge

Zu jedem Monatsbeginn können Sie grundsätzlich die prozentuale Aufteilung der künftigen freien Anlagebeträge (vgl. § 1 Abs. 1) einschl. Überschussanteile (vgl. § 2 Abs. 4) auf die Investmentfonds – soweit und solange diese angeboten werden – ändern (Änderung des freien Anlagesplittings). Bei einer Änderung des Anlagesplittings können Sie aus den zur Verfügung stehenden Fonds insgesamt bis zu acht dieser Fonds wählen. Die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig freie Anlagebeträge investiert werden oder in denen freies Fondsguthaben vorhanden ist, darf zu keinem Zeitpunkt mehr als acht betragen. Sind im Rahmen einer Änderung des Anlagesplittings mehr als acht Fonds (vor und nach Änderung des Anlagesplittings) beteiligt, muss deshalb vor oder gleichzeitig mit der Änderung des freien Anlagesplittings ein Fondswechsel im Sinne von Absatz 3 durchgeführt werden. Ist ein Fondswechsel nicht zu einem Monatsbeginn gewünscht oder – aufgrund des frühestmöglichen Termins gemäß Absatz 3 – möglich, wird die Änderung des Anlagesplittings erst zum nächsten auf den Fondswechsel folgenden Monatsbeginn durchgeführt. Für das Anlagesplittung sind alle ganzzahligen Prozentsätze, mindestens 10 % pro gewähltem Fonds, zulässig. § 6 bleibt unberührt.

(3) Fondswechsel

Sie können zu jedem künftigen Monatsende bereits gebildetes garantiefondsgebundenes Deckungskapital zwischen den Garantiefonds umschichten. Dazu wird der Geldwert des in dem einen Garantiefonds investierten Deckungskapitals entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf den anderen Garantiefonds übertragen – soweit und solange hierfür Fondsanteile zur Verfügung stehen (Fondswechsel der Garantiefonds) – und in Anteeinheiten dieses anderen Garantiefonds umgerechnet. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Für die Wertfeststellung des garantiefondsgebundenen Deckungskapitals legen wir dabei den Stichtag gemäß § 3 Abs. 1 zugrunde. Darüber hinaus können Sie jederzeit die zugrunde zu legenden Anlagestöcke für das freie Fondsguthaben neu bestimmen. Dazu wird der Geldwert des freien Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu bestimmten Anlagestöcke – soweit und solange

hierfür Fondsanteile zur Verfügung stehen – übertragen (Fondswechsel der freien Fonds) und in Anteeinheiten der neu bestimmten Anlagestöcke umgerechnet. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Sowohl bei der Ermittlung des Geldwertes des zu übertragenden freien Fondsguthabens als auch bei der Ermittlung der Anzahl der Anteeinheiten des neu bestimmten Anlagestocks (der neu bestimmten Anlagestöcke) legen wir abweichend von § 3 Abs. 1 und 3 als Stichtag grundsätzlich den von Ihnen gewünschten Termin für den Fondswechsel, jedoch frühestens den zweiten Börsentag, der auf den Eingang Ihres Antrags auf Fondswechsel bei uns, der AachenMünchener Lebensversicherung AG, folgt, zugrunde. Bei einem Fondswechsel für das freie Fondsguthaben darf die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig freie Anlagebeträge investiert werden oder in denen Fondsguthaben vorhanden ist, zu keinem Zeitpunkt mehr als acht betragen (vgl. Absatz 2). Die teilweise oder vollständige Übertragung von Fondsguthaben auf Anlagestöcke, die Ihrer Versicherung bereits zugrunde liegen, gilt ebenfalls als Fondswechsel. Bei einem Fondswechsel bleiben die Daten zu Ihrer Versicherung (Beginn, vereinbarter Ablauf der Beitragszahlung und Beginn der Rente, Beitrag, Garantizeitpunkt) 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. § 6 bleibt unberührt.

(4) Gebühren für Änderungen des Anlagesplittings und Fondswechsel

Änderungen des Anlagesplittings sowie Fondswechsel werden gebührenfrei durchgeführt.

(5) Zusätzliche Fonds für das Anlagesplittung und Fondswechsel

Investmentfonds, für die bei uns Anlagestöcke geführt werden, die aber bei Vertragsabschluss noch nicht zur Verfügung standen, können auf Ihren Wunsch ebenfalls in das Anlagesplittung oder in Fondswechsel einbezogen werden. Voraussetzung für eine solche Regelung zum garantiefondsgebundenen Deckungskapital ist aber, dass dieser Fonds die gleiche Garantiezusage wie der bisherige Garantiefonds besitzt. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die Sie Ihrer Versicherung zugrunde legen können, können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

§ 5 Was bedeutet die Wertsicherungsoption in ihren Varianten A und B?

a) Variante A

Vor dem im beigefügten Antrag bzw. im Versicherungsschein vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, jedoch frühestens nach Ablauf von fünf Jahren seit dem Versicherungsbeginn, haben Sie zu einem Monatsende (auch mehrfach) die Möglichkeit, einen Betrag bis zur Höhe des vorhandenen Deckungskapitals Ihrer Versicherung (nicht fondsgebundenes plus fondsgebundenes Deckungskapital) zuzüglich der hinzukommenden künftigen Beitragszahlungen als neues Garantieniveau für den Beitragserhalt gemäß § 1 Abs. 6 festzuschreiben (Wertsicherungsoption – Variante A). Geht Ihr Antrag auf Festschreibung des Garantieniveaus spätestens zwei Tage vor dem Stichtag (letzter Börsentag) des Monats bei uns ein, werden wir die Festschreibung zum laufenden Monatsende durchführen, ansonsten wird eine Festschreibung auf Basis des Deckungskapitals des Folgemonats vorgenommen. Nach Inanspruchnahme der Wertsicherungsoption in der Variante A reduzieren sich allerdings die Chancen auf künftige Wertzuwächse, da ggf. Teile des Kapitals nicht fondsgebunden angelegt werden.

b) Variante B

Darüber hinaus können Sie innerhalb der letzten zehn Jahre vor dem im beigefügten Antrag bzw. im Versicherungsschein vereinbarten Garantiezeitpunkt (vgl. § 1 Abs. 6), jedoch frühestens nach Ablauf von fünf Jahren seit dem Versicherungsbeginn verlangen, dass ab einem künftigen Monatsende der jeweils an einem Monatsende erreichte höchste Betrag des vorhandenen Deckungskapitals (nicht fondsgebundenes plus fondsgebundenes Deckungskapital) zuzüglich der jeweils hinzukommenden künftigen Beitragszahlungen automatisch als neues Garantieniveau für den Beitragserhalt gemäß § 1 Abs. 6 festgeschrieben wird (Wertsicherungsoption – Variante B). Auf die Möglichkeit, die Wertsicherungsoption der Variante B in Anspruch zu nehmen, werden wir Sie rechtzeitig vor dem erstmals möglichen Zeitpunkt hinweisen. Voraussetzung für das jeweilige Neufestschreiben eines Garantieniveaus ist jedoch, dass es über dem bisherigen Garantieniveau liegt. Geht Ihr Antrag auf automatische Festschreibung des Garantieniveaus spätestens zwei Tage vor dem Stichtag (letzter Börsentag) des Monats bei uns ein, werden wir die Festschreibung ab dem laufenden Monatsende durchführen, ansonsten wird eine Festschreibung des Deckungskapitals ab dem Folgemonat vorgenommen. Nach Inanspruchnahme der Wertsicherungsoption in der Variante B reduzieren sich allerdings die Chancen auf künftige Wertzuwächse, da ggf. Teile des Kapitals nicht fondsgebunden angelegt werden. Nach Inanspruchnahme der Wertsicherungsoption in der Variante B besteht nicht mehr die Möglichkeit, die Wertsicherungsoption in der Variante A in Anspruch zu nehmen.

- c) Sofern Sie sich für die Wertsicherung (Variante A oder B) entschieden haben und danach ein Teilverrentungskapital in Anspruch nehmen (vgl. § 1 Abs. 16), reduziert sich das Garantieniveau um den Betrag des entnommenen, vom Entnahmezeitpunkt bis zum Garantiezeitpunkt aufgezinsten Teilverrentungskapitals.

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

- (1) Beabsichtigt eine Fondsgesellschaft einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds zu schließen und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen eines Fonds 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 § 4 Abs. 1 bis 3 festzulegen. Erhalten wir vor dem Termin, zu dem die Fondsgesellschaft die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilen einstellt, von Ihnen keine Nachricht, werden wir gemäß untenstehendem Absatz 2 verfahren. Die Vorgehensweise bei einer evtl. Schließung eines Garantiefonds ist in Absatz 6 beschrieben.
- (2) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen eines Fonds einstellt, ohne dies vorher anzukündigen, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds nach billigem Ermessen durch einen möglichst gleichartigen, dem bisherigen Anlageprofil entsprechenden anderen Fonds zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall einer kurzfristigen Ankündigung, so dass eine vorherige Information nach Absatz 1 nicht mehr rechtzeitig möglich ist. 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 § 4 Abs. 3 sowie eine andere Anpassung des Anlagesplittings gemäß § 4 Abs. 1 und 2 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 Anteilseinheiten des Fondsguthabens des betroffenen Fonds (Fondswechsel) verwendet. Den neuen Fonds und den Stichtag der Umschichtung werden wir Ihnen schriftlich mitteilen.

- (4) Wir behalten uns in jedem Fall jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens des zu ersetzenden Fonds erst dann zu ermitteln und einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände des betreffenden Anlagestocks an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (5) Sofern und solange nach der Schließung eines Fonds oder der Einstellung der Ausgabe von Anteilen eines Fonds keine Änderung des Anlagesplittings gemäß Absatz 1 oder 2 vorgenommen wurde, können wir die auf den betreffenden Fonds entfallenden Anlagebeträge gemäß § 4 Abs. 1 und 2 sowie evtl. Ertragsausschüttungen der Fondsgesellschaft gemäß § 1 Abs. 9 mit dem zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden Zinssatz für die Berechnung der garantierten Deckungsrückstellung neu abzuschließender Versicherungsverträge verzinslich ansammeln.
- (6a) Beabsichtigt die Fondsgesellschaft, einen der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Garantiefonds zu schließen und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen des 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 Ihrem Vertrag einen Ersatzfonds – sofern verfügbar – zugrunde legen, der die gleiche Garantiezusage wie der bisherige Garantiefonds besitzt. Teilen Sie uns vor dem Termin, zu dem die Fondsgesellschaft die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilen einstellt, mit, dass Sie mit dem vorgesehenen Fonds nicht einverstanden sind, oder steht uns ein Ersatzfonds, der die gleiche Garantiezusage wie der bisherige Garantiefonds besitzt, nicht zur Verfügung, sind wir berechtigt, das garantiefondsgebundene Deckungskapital nur noch in unserem sonstigen Vermögen (vgl. § 1 Abs. 1) anzulegen.
- (6b) Wenn die Fondsgesellschaft einen für das garantiefondsgebundene Deckungskapital Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen des Fonds einstellt, ohne dies vorher anzukündigen, sind wir berechtigt, den Fonds durch einen anderen Fonds zu ersetzen, der die gleiche Garantiezusage wie die des bisherigen Garantiefonds besitzt. Dies gilt auch für den Fall einer kurzfristigen Ankündigung, so dass eine Information nicht mehr rechtzeitig möglich ist. Sie können stattdessen innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt unseres Schreibens verlangen, dass wir das garantiefondsgebundene Deckungskapital nur noch in unserem sonstigen Vermögen (vgl. § 1 Abs. 1) anlegen. Steht uns ein Ersatzfonds, der die gleiche Garantiezusage wie die des bisherigen Garantiefonds besitzt, nicht zur Verfügung, sind wir berechtigt, das garantiefondsgebundene Deckungskapital nur noch in unserem sonstigen Vermögen anzulegen.
- (6c) Bei der Ersetzung des Fonds durch einen anderen Fonds gemäß Absatz 6a und 6b wird das vorhandene garantiefondsgebundene Deckungskapital in Anteilseinheiten des neuen Fonds umgeschichtet (Fondswechsel). Die Ersetzung des Fonds gemäß Absatz 6a und 6b gilt ferner bei der monatlichen Aufteilung des Deckungskapitals in einen (garantie)fondsgebundenen und einen nicht fondsgebundenen Teil (vgl. § 1 Abs. 1). Den neuen Fonds und den Stichtag der Umschichtung werden wir Ihnen schriftlich mitteilen.
- (6d) Wir behalten uns in jedem Fall jedoch vor, den Wert des garantiefondsgebundenen Deckungskapitals des zu ersetzenden Fonds gemäß Absatz 6a und 6b erst dann zu ermitteln und diesen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände des Anlagestocks an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine

entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. In jedem Fall ist sichergestellt, dass der Garantiebtrag gemäß § 1 Abs. 6 zur Verfügung steht.

- (7) Über sonstige Veränderungen bei den Investmentfonds, wie beispielsweise Änderungen des Fondsnamens, werden wir Sie im Rahmen unserer jährlichen Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung unterrichten.
- (8) Außer bei den in Absatz 1, 2 und 6 genannten Anlässen werden wir Fondswechsel auf unsere Initiative hin nicht durchführen.

§ 7 Können Sie den Beginn der Rentenzahlung flexibel gestalten?

- (1) Sie können schriftlich verlangen, dass der vereinbarte Beginn der Rentenzahlung auf einen Monatsersten innerhalb der so genannten Verfügungsphase Ihrer Versicherung vorverlegt wird. Ab dem im beigefügten Antrag bzw. im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Verfügungsphase gilt der Beitragserhalt gemäß § 1 Abs. 6. Die Verfügungsphase beginnt stets zu einem Jahrestag des Versicherungsbeginns. Bei laufender Beitragszahlung liegt der Beginn der Verfügungsphase zum bzw. nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr seit Versicherungsbeginn. Im Falle einer Versicherung gegen Einmalbeitrag beginnt die Verfügungsphase – sofern kein anderer Termin vereinbart ist – zu bzw. nach dem Zeitpunkt, an dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, frühestens jedoch nach Ablauf von zwölf Jahren seit Versicherungsbeginn. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllbar oder fällt der Ablauf der Beitragszahlungsdauer auf den vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, gilt der Beitragserhalt gemäß § 1 Abs. 6 zu diesem Termin. Auf jeden Fall können Sie ab dem Zeitpunkt, an dem die restliche Dauer bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung noch fünf Jahre beträgt, schriftlich verlangen, dass der Zahlungsbeginn der Rente auf einen Monatsersten vorverlegt wird. Liegt der vorverlegte Beginn der Rentenzahlung vor dem Beginn der Verfügungsphase und somit vor dem Garantiezeitpunkt, kann der Beitragserhalt gemäß § 1 Abs. 6 nicht garantiert werden.
- (2) Basis für die Ermittlung der vorverlegten Rente sind das erreichte Alter und das zum vorverlegten Rentenbeginntermin gebildete Kapital. Dieses setzt sich zusammen aus dem Vertragsguthaben und dem Anteil an den Bewertungsreserven (§ 2 Abs. 7). Hieraus wird eine Rente ermittelt, die ab dann garantiert ist. Der aus dem Deckungskapital, das wir nicht für unsere anfängliche Garantiezusage gemäß § 1 Abs. 6 benötigen, ermittelte Rententeil erreicht mindestens 85 % des Betrages, der sich ergibt, wenn wir bei seiner Ermittlung die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung wie bei Vertragsbeginn zugrunde legen. Liefern die Annahmen zur künftigen Lebenserwartung, die wir bei Beginn der Rentenzahlung für neu abzuschließende Rentenversicherungen zugrunde legen, einen größeren Rententeil, so gilt dieser für Ihren Vertrag. Die vorverlegte Rente muss die Mindestrente von jährlich 300 € bzw. – bei unterjährlicher Rentenzahlung – die Mindest-Rentenrate von 25 € erreichen.
- (3) Bei einer Vorverlegung des Beginns der Rentenzahlung gemäß Absatz 1 wird gleichzeitig die weitere Beitragszahlung eingestellt, sofern die Versicherung zu dem Zeitpunkt noch beitragspflichtig ist. Ferner erlischt eine etwa eingeschlossene Todesfall-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Ansprüche aus einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Vorverlegung des Rentenbeginns eingetretener Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit beruhen, bleiben hiervon unberührt. Eine etwa eingeschlossene Kinderinvaliditäts- oder Pflegerenten-Zusatzversicherung kann aber fortgesetzt

werden, wenn die Rentenzahlung gemäß Absatz 1 vorverlegt wird.

- (4) Anstelle einer Rentenzahlung gemäß Absatz 1 können Sie eine einmalige Kapitalabfindung beantragen. Die Ausübung des Kapitalwahlrechts (= Beantragung der Kapitalabfindung) ist mit Frist von einem Monat für einen gemäß Absatz 1 gewählten Rentenbeginnstermin möglich. Bei der Kapitalabfindung zahlen wir das zum gewählten Termin vorhandene Vertragsguthaben aus. § 1 Abs. 15 sowie § 3 Abs. 3 und 4 gelten entsprechend. Mit der Kapitalabfindung erlischt die Versicherung.
- (5) Bei Inanspruchnahme der Rente gemäß Absatz 1 kann das zum gewählten Rentenbeginn vorhandene Vertragsguthaben wahlweise auch nur zum Teil verrentet werden, sofern hierfür die in Absatz 2 genannte Mindestrente erreicht und gleichzeitig der übrig bleibende Teil des Vertragsguthabens einen Geldwert von mindestens 1.000 € aufweist. Hieraus wird später, spätestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, eine weitere Rente gebildet. Auch in diesem Fall können Sie mit Frist von einem Monat für einen gemäß Absatz 1 gewählten Rentenbeginnstermin anstelle der weiteren Rente eine Kapitalabfindung in Höhe des zum Termin der Kapitalabfindung vorhandenen Vertragsguthabens wählen. § 1 Abs. 15 sowie § 3 Abs. 3 und 4 gelten entsprechend. Bei einer Teil-Verrentung reduziert sich die Garantiezusage gemäß § 1 Abs. 6 anteilig.
- (6) Spätestens einen Monat vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung können Sie schriftlich verlangen, dass die Dauer bis zum Rentenbeginn einmalig verlängert wird, sofern die versicherte Person den ursprünglich vereinbarten Beginn der Rente erlebt (Verlängerungsphase). Die Verlängerungsphase endet spätestens zum Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet. Eine Verlängerung der Beitragszahlungsdauer kann ebenfalls vereinbart werden. Eine eventuell eingeschlossene Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts- oder Todesfall-Zusatzversicherung ist von dieser Verlängerung allerdings ausgeschlossen. Innerhalb der Verlängerungsphase können Sie den Zahlungsbeginn der Rente jeweils frühestens zum nächsten Monatsersten beantragen. Die erste Rente wird spätestens am Ende der Verlängerungsphase fällig, sofern die versicherte Person diesen Termin erlebt. Spätestens mit Beginn der Rentenzahlung erlischt die Beitragszahlung. Bei einer Verlängerung der Dauer bis zum Rentenbeginn berechnen wir die versicherten garantierten Leistungen auf Basis des zum ursprünglich vereinbarten Rentenbeginn gebildeten Deckungskapitals Ihrer Versicherung sowie der weiteren Beitragszahlung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik und unter Anwendung des in § 1 Abs. 1 beschriebenen mathematischen Verfahrens neu. Dabei legen wir die gleichen Annahmen zur künftigen Lebenserwartung wie bei Abschluss des Vertrages zugrunde, vgl. Fußnote *) zu § 1 Abs. 10; als Rechnungszins werden weiterhin 2,25 % p. a. angesetzt, sofern Teile des gebildeten Kapitals in unserem sonstigen Vermögen angelegt werden. Das Überschussguthaben wird in Anteileneinheiten des Anlagestocks/der Anlagestöcke weitergeführt. Stirbt die versicherte Person während der Verlängerungsphase, wird eine Todesfall-Leistung gemäß § 1 Abs. 14 fällig.

§ 8 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. § 9 Abs. 2 und § 11).

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

Zahlungsweise

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

Beitragsfälligkeit

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

Dauer der Beitragszahlung

- (3) Laufende Beiträge sind bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Fällt dieser Zeitpunkt nicht mit dem Ablauf einer Versicherungsperiode zusammen, erheben wir den letzten Beitrag nur anteilig. Bei Tod der versicherten Person vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer endet die Beitragszahlung bereits zum Schluss der Versicherungsperiode, in der der Tod eingetreten ist.

Übermittlung des Beitrags

- (4) Ihr Beitrag ist rechtzeitig gezahlt, wenn Sie fristgerecht (vgl. Absatz 2 und § 11 Abs. 3) 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 Folgebeitrag 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 einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Beitragsstundung oder -reduzierung

- (6) Für eine Stundung oder eine Reduzierung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Werden die gestundeten Beiträge nicht nachgezahlt, können wir die gestundeten Beiträge mit Ihrer Zustimmung stattdessen durch eine Vertragsänderung ausgleichen. Die Vertragsänderung hat zur Folge, dass die Versicherungsleistung herabgesetzt wird. Bei Fälligkeit oder Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung während des Stundungszeitraums wird diese um die gestundeten Beiträge gekürzt.

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

- (7) Sie haben das Recht, Ihre Beitragszahlung für 18 Monate ohne Unterbrechung auszusetzen (Beitragsstundung), sofern
 - Sie als Versicherungsnehmer bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind bzw. durch ei-

ne Umschulung oder Arbeitsbeschaffungsmaßnahme der Bundesagentur gefördert werden (laut Bescheinigung der zuständigen Arbeitsagentur) oder

- Sie als Versicherungsnehmer Ihren Grundwehr- oder Zivildienst ableisten (laut Bescheinigung der Wehrbereichsverwaltung bzw. des Bundesamtes für Zivildienst) oder
- Sie als Versicherungsnehmer sich im Mutterschutz befinden oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nehmen (laut Bescheinigung des Arbeitgebers) und
- der anfängliche Beitrag für ein Jahr höchstens 7.200 € beträgt und Sie bereits Beiträge zu Ihrer Versicherung für mindestens 1 Jahr gezahlt haben und
- keine anderweitige Beitragsstundung vereinbart ist und
- kein Policendarlehen auf Versicherungsleistungen besteht.

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

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

Falls Sie die Beitragsstundung bei Arbeitslosigkeit länger als 9 Monate in Anspruch nehmen möchten, ist uns von Ihnen eine erneute Bescheinigung der zuständigen Agentur vorzulegen. Sie können Ihr Recht auf Beitragsstundung auch mehrmals bis zu einer Gesamtdauer von 27 Monaten ausüben. Sofern bereits Beiträge aufgrund dieses Rechts oder einer anderen von Ihnen beantragten Vertragsänderung ausgeglichen wurden, sind jedoch vor einer nochmaligen Beitragsstundung Beiträge für mindestens 6 Monate zu zahlen.

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

Evtl. eingeschlossene Zusatzversicherungen erlöschen grundsätzlich mit Beginn der Beitragsstundung der Hauptversicherung, sofern die Beitragszahlungsdauer der Zusatzversicherung noch nicht abgelaufen ist. Bei Ablauf der Beitragsstundung der Hauptversicherung können Sie verlangen, dass die Zusatzversicherungen bis zur Höhe des vor dem Ausschluss maßgebenden Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung wieder in Kraft gesetzt werden. Gleichzeitig muss die Beitragszahlung für die Zusatzversicherungen wieder aufgenommen werden. Voraussetzung für die Wiederin-Kraftsetzung ist, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Wird eine Zusatzversicherung nicht wieder in Kraft gesetzt, wird ein beim Erlöschen evtl. vorhandenes Vertragsguthaben aus der Zusatzversicherung bei der Nachzahlung des Beitrags für die Hauptversicherung angerechnet.

Bei Fälligkeit oder Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung während des Stundungszeitraums werden diese Versicherungsleistungen um die gestundeten Beiträge gekürzt. Bei Ablauf der Stundung werden die gestundeten Beiträge zur Hauptversicherung ohne Stundungszinsen fällig. Wenn nicht die Nachzahlung der gestundeten Beiträge vereinbart ist, werden wir die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung ausgleichen. Die Vertragsänderung hat zur Folge, dass die Versicherungsleistung herabgesetzt wird.

Auf Wunsch bleibt der Versicherungsschutz für evtl. eingeschlossene Zusatzversicherungen während der Beitragsstundung der Hauptversicherung bestehen. In diesem Fall werden, sofern Sie die gestundeten Beiträge bei Ablauf der Stundung nicht nachzahlen, auch die Beiträge für evtl. eingeschlossene Zusatzversicherungen zusammen mit den Beiträgen für die Hauptversicherung bei Ablauf der Stundung entsprechend einem Teilverrentungskapital gemäß § 1 Abs. 16 entnommen. Damit reduziert sich auch die Mindestleistung gemäß § 1 Abs. 6. Die Möglichkeit, den Versicherungsschutz für Zusatzversicherungen während der Beitragsstundung bestehen zu lassen, setzt voraus, dass bei Beginn der Stundung absehbar ist, dass das Teilverrentungskapital zum Ablauf der Stundung ausreicht, den Betrag für die gestundeten Beiträge zu decken.

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

§ 10 Können Sie die Versicherungsleistungen durch Sonderzahlungen oder durch eine Aufstockung des laufenden Beitrags erhöhen?

- (1) Sie haben das Recht, Ihre vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen der Hauptversicherung durch eine oder mehrere Sonderzahlungen in Höhe von jeweils mindestens 500 € zu erhöhen. Aus einer Sonderzahlung bilden wir eine Erhöhungsversicherung entsprechend dem Tarif der Grundversicherung (ohne eventuelle Zusatzversicherungen), deren Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung mit der restlichen Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung der Grundversicherung übereinstimmt. Ferner besteht für die Erhöhungsversicherung die gleiche Verfügungsphase und der gleiche Garantiezeitpunkt wie bei der Grundversicherung (vgl. § 7).

Die Leistungen aus der Erhöhungsversicherung ergeben sich aus Ihrem am Erhöhungstermin erreichten Alter sowie der restlichen Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung. Bei der Berechnung der Versicherungsleistungen der Erhöhungsversicherung, insbesondere bei der Berechnung der garantierten Mindestleistung, werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung und zum Rechnungszins zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden fondsgebundenen Rentenversicherungen ansetzen.

- (2) Ferner haben Sie das Recht, den vertraglich vereinbarten Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen – vorbehaltlich einer erneuten Gesundheitsprüfung – zu erhöhen. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie der Beitrag. Der zusätzliche Beitrag wird für eine Erhöhungsversicherung (Aufstockung) verwendet, deren Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung und der restlichen Beitragszahlungsdauer der Grundversicherung übereinstimmen. Für die Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen sind § 3 und § 4 Abs. 1 der beigefügten „Besonderen Bedingungen für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan“ (DYNB GRB) maßgebend.

Darüber hinaus gilt: Der Aufstockungsbeitrag wird bei künftigen Erhöhungen nach dem Dynamikplan bei der Bezugsgröße für die Erhöhung (Beitrag des Vorjahres, § 1 Abs. 1 DYNB GRB) nicht berücksichtigt. Die aus dem Aufstockungsbeitrag resultierenden Renten aus einer eventuell eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts- oder Pflegerenten-Zusatzversicherung werden aber bei dem Vorbehalt für die Angemessenheitsprüfung bei der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung gemäß § 2 Abs. 4 DYNB GRB sowie bei den Obergrenzen gemäß § 2 Abs. 5 und 6 DYNB GRB einbezogen.

§ 11 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, sofern keine anderweitige Vereinbarung mit uns getroffen wird. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Werden die rückständigen Beiträge bei einer evtl. Wiederherstellung der Versicherung nicht nachgezahlt, können wir sie stattdessen auch dem Fondsguthaben Ihrer Versicherung entnehmen.

§ 12 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 gemäß § 16 Abs. 3 berechneten Rückkaufwertes Ihrer Versicherung (vgl. auch § 3 Abs. 3 Satz 2). 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 in Absatz 2 Satz 1 genannte Leistung, 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.

- (4) Ist unsere Leistungspflicht gemäß Absatz 2 oder 3 eingeschränkt, erbringen wir unsere Leistung als Geldleistung oder in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagestöße. Die Bestimmungen des § 1 Abs. 15 sowie § 3 Abs. 3 und 4 gelten entsprechend.

§ 13 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 Willensbestimmung ausschließt. Anderenfalls zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert gemäß § 16 Abs. 3.
- (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.
- (4) Ist unsere Leistungspflicht gemäß Absatz 1 eingeschränkt, erbringen wir unsere Leistung als Geldleistung oder in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagestöße. Die Bestimmungen des § 1 Abs. 15 sowie § 3 Abs. 3 und 4 gelten entsprechend.

§ 14 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 – bei einer beantragten Todesfall-Zusatzversicherung – auch 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 (§ 16 Abs. 3). Die Regelung des § 16 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 (§ 16 Abs. 9 und 10).

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 Kenntniserlangung angeben.
- (12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Ferner verzichten wir auf unser Kündigungs- und Vertragsanpassungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn uns bei Schließung des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen und der versicherten Person nicht bekannt war. In diesen Fällen wird der Vertrag unverändert fortgeführt.
- (13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeerentscheidung 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 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 entgegen zu nehmen. 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.

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

Nach Zahlungsbeginn der Rente können Sie während der Rentengarantiezeit der jeweiligen Rente (vgl. § 1 Abs. 2) die Auszahlung der mit jährlich 2,25 % auf den Auszahlungstermin diskontierten, bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Renten – ganz oder teilweise – beantragen. Bei einer teilweisen Abfindung muss die verbleibende Rente einen jährlichen Mindestbetrag von 300 € erreichen. Auf Antrag des Anspruchsberechtigten bilden wir aus dem Abfindungsbetrag eine sofort beginnende Rentenversicherung auf sein Leben, sofern die Rente einen jährlichen Mindestbetrag von 300 € erreicht. Bei der Berechnung dieser Rente werden wir den Rechnungszins sowie die Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir bei Beginn dieser Rentenzahlung bei neu abzuschließenden Rentenversicherungen ansetzen. Die Renten, die nach Ablauf der Rentengarantiezeit fällig werden, werden durch die Abfindung in ihrer garantierten Höhe nicht berührt. Die Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Renten kann vom Anspruchsberechtigten auch noch nach dem Tod der versicherten Person beantragt werden.

§ 16 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen bzw. herabsetzen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

- (1) Sie können Ihre Versicherung, jedoch nur vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, 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 der verbleibende Bei-

trag unter die Summe von 300 € jährlich (Mindestbeitrag) fällt.

- (3) Im Falle einer Kündigung – soweit nach Absatz 1 zulässig – steht entsprechend § 169 VVG der Rückkaufswert zur Verfügung. Er ist der zum maßgebenden Kündigungstermin ermittelte Zeitwert des fondsgebundenen Deckungskapitals zuzüglich des zu diesem Termin nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den gemäß Absatz 1 maßgebenden Kündigungstermin errechneten nicht fondsgebundenen Deckungskapitals der Versicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 17 Abs. 2 Satz 3) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, jedoch höchstens auf die Zeit bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, ergibt (§ 169 VVG). Der so ermittelte Wert vermindert sich um einen Abzug von 100 €. 5 Jahre vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, spätestens ab Beginn der Verfügungsphase erfolgt kein Abzug. Mit dem Abzug wird der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. 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.

- (4) Besteht ein Beitragsrückstand, ermitteln wir den Rückkaufswert der Hauptversicherung zum Ende der letzten bezahlten Versicherungsperiode; ggf. wird der Vertrag von diesem Zeitpunkt bis zum maßgebenden Kündigungstermin wie ein beitragsfreier Vertrag weiterentwickelt.
- (5) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG bei einer Kündigung zur Auszahlung des Rückkaufswertes berechtigt, den nach Absatz 3 berechneten Betrag des nicht fondsgebundenen Deckungskapitals angemessen herabzusetzen, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllung der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.
- (6) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Rückkaufswert enthalten sind. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einer Kündigung vor Rentenbeginn um die Ihrer Versicherung gemäß § 2 Abs. 7 zugeteilten Bewertungsreserven.
- (7) Unabhängig von dem vorgenannten Abzug ist die Kündigung Ihrer Versicherung mit weiteren Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 17) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren erreicht der Rückkaufswert nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Generell ist zu berücksichtigen, dass der Rückkaufswert bei einer guten Fondsentwicklung höher sein wird als bei einer weniger guten Fondsentwicklung (vgl. § 1 Abs. 11) und bei einer ungünstigen Fondsentwicklung auch im weiteren Vertragsverlauf die Summe der eingezahlten Beiträge nicht unbedingt erreicht. Nähere Informationen zum Rückkaufswert und seiner Höhe können Sie der entsprechenden Übersicht im beigefügten Antrag entnehmen. Da die Verläufe des fondsgebundenen sowie des nicht fondsgebundenen Deckungskapitals zu Vertragsbeginn noch nicht feststehen und die Wertentwicklung der Anlagestöcke nicht vorhergesagt werden kann,

können wir einen bestimmten Mindestbetrag für den Rückkaufswert nicht garantieren.

- (8) Den Rückkaufswert aus dem fondsgebundenen Deckungskapital erbringen wir als Geldleistung oder – sofern sich dieses nicht auf den/die Garantiefonds erstreckt – in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagengestöcke. Die Bestimmungen in § 1 Abs. 15 sowie § 3 Abs. 3 und 4 gelten entsprechend.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (9) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine verlangen, von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die garantierte Mindestrente auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den Schluss der Versicherungsperiode errechnet wird, für die zuletzt Beiträge gezahlt wurden.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Der für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag erreicht erst nach einem bestimmten Zeitraum die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden. Zum vereinbarten Garantiezeitpunkt gemäß § 1 Abs. 6 stehen für die Bildung der Rente mindestens die bis zur Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge zur Verfügung, jedoch ohne Beiträge für evtl. eingeschlossene Zusatzversicherungen. Nähere Informationen zur garantierten Höhe der beitragsfreien Versicherungsleistungen können Sie der Übersicht der garantierten beitragsfreien Renten im beigefügten Antrag für diese Versicherung entnehmen. Generell ist zu berücksichtigen, dass beitragsfreie Versicherungsleistungen bei einer guten Fondsentwicklung höher sein werden als bei einer weniger guten Fondsentwicklung (vgl. § 1 Abs. 11).

- (10) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht der nach Absatz 3 zu berechnende Rückkaufswert nicht den Mindestbetrag von 1.000 €, so erhalten Sie den Rückkaufswert (vgl. Absätze 3 bis 8). Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht (Herabsetzung) beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn der verbleibende Beitrag jährlich mindestens 300 € beträgt.
- (11) Sie können innerhalb von 24 Monaten – bei einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente oder Kinder-Invaliditäts- sowie Pflegerenten-Zusatzversicherung innerhalb von 6 Monaten – nach Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung schriftlich verlangen, dass die versicherten Leistungen bis zur Höhe des vor der Beitragsfreistellung maßgebenden Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung aufgestockt werden. Gleichzeitig muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Voraussetzung für die Wiedereinkraftsetzung ist, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Für eine evtl. eingeschlossene Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts- oder Pflegerenten-Zusatzversicherung bedeutet das, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt nicht berufsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, nicht erwerbsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung, nicht invalide im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung bzw. nicht pflegebedürftig im Sinne der Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung ist. Die beitragsfreie Zeit kann durch eine Terminverschiebung (Vertragsänderung mit Verlegung des Beginns der Rentenzahlung) oder stattdessen durch Nachzahlung der Beiträge ausgeglichen werden.

Beitragsrückzahlung

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

§ 17 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) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation 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 Versicherungsbetriebs 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 von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Soweit Abschluss- und Vertriebskosten nicht gemäß Abs. 1 und 2 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 nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung von beitragsfreien Versicherungsleistungen gemäß § 16 vorhanden sind.

§ 18 Sie wollen ein Policendarlehen?

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

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

Anpassungsgarantie für natürliche Personen als Versicherungsnehmer

- (1) Sofern eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse vor Beginn der Rentenzahlung 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

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

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

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 € gegen entsprechende Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung zu versichern.

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

Gegenstand und Umfang der Leistungsanpassung

- (3) Die Leistungsanpassung erfolgt – soweit tariflich und aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihrer bestehenden Versicherung, ansonsten oder auf Ihren Wunsch durch Abschluss einer zusätzlichen Versicherung im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten. Im letzteren Falle handelt es sich um eine neue Versicherung mit eigenen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs entsprechend Ihrer Wahl. Die neue Versicherung wird für dieselbe versicherte Person wie bei der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen, wobei die Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung bzw. – bei Tarifen mit Recht auf Teilrenten – die Dauer bis zum spätesten Beginn der Hauptrente bzw. die Versicherungsdauer sowie die Beitragszahlungsdauer spätestens zu den entsprechenden bei Vertragsabschluss vereinbarten 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 (§ 14) finden auch auf die neue Versicherung Anwendung. Solange wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom ursprünglichen Vertrag zurücktreten oder den ursprünglichen Vertrag wegen Anfechtung aufheben können, haben wir dieses Recht auch für die Leistungsanpassung.

Versicherung einer Todesfall-Leistung

- (4) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse kann eine Todesfall-Leistung in Höhe der anfänglichen Todesfall-Leistung, höchstens jedoch in Höhe von 75.000 €, in jedem Fall aber in Höhe von 25.000 € versichert werden.
- (5) Die anfänglich versicherte Todesfallsumme sämtlicher nicht planmäßiger Erhöhungsversicherungen (einschließlich solcher zu anderen Tarifen), die innerhalb von fünf Jahren bei unserer Gesellschaft für dieselbe versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden, ist auf 75.000 € begrenzt. Bei den vorgenannten Höchstsummen werden ein evtl. Todesfallbonus aus der Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen sowie evtl. Hinterbliebenenrenten angerechnet. 25.000 € Todesfallschutz entsprechen hierbei einer jährlichen Hinterbliebenenrente von 1.000 €.

Erhöhung des Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsschutzes

- (6) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV) oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZV) zur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person eingeschlossen, kann eine solche BUZV (bei eingeschlossener BUZV) oder EUZV (bei eingeschlossener EUZV) auch in die Leistungsanpassung einbezogen werden. Darüber hinaus kann – zusätzlich zu der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit –, sofern kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist, bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie unabhängig davon alle fünf Jahre ab Versicherungsbeginn zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel eine Berufsunfähigkeitsrente (bei eingeschlossener BUZV) bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente (bei eingeschlossener EUZV) (mit)versichert oder eine bestehende Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente – auch für sich alleine – erhöht werden. Die Erhöhung der jährlichen Versicherungsleistung aus der BUZV bzw. EUZV beträgt dabei maximal 3.600 €, innerhalb von 5 Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €. Bei den vorgenannten Höchstsummen werden als Versicherungsleistung aus der BUZV bzw. EUZV die hinzukommende jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente und zusätzlich der jeweils aus Erhöhungen resultierende, auf die Hauptversicherung und die übrigen Zusatzversicherungen entfallende Beitrag für ein Jahr sowie eine evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung bei der BUZV bzw. EUZV angerechnet. Ferner werden die hinzukommenden Versicherungsleistungen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit angerechnet.
- (7) Das Recht auf Erhöhung der Leistungen aus der BUZV oder EUZV besteht nicht bzw. erlischt, wenn die versicherte Person berufsunfähig bzw. erwerbsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist. Das Recht zur Einbeziehung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente besteht ferner auch dann nicht bzw. erlischt, wenn die jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente (einschließlich einer evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung) aus allen bestehenden und gleichzeitig beantragten Versicherungen bei unserer Gesellschaft mehr als 24.000 € beträgt. Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten werden hierbei addiert.

Umtausch der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung

- (8) Unabhängig von den in Absatz 1 beschriebenen Ereignissen haben Sie – vorbehaltlich von Absatz 2 – als besondere Form der Anpassungsgarantie zum fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns sowie bei erstmaliger

Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person das Recht, eine Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen entsprechende Beitragszahlung in eine im Rahmen unserer Produktpalette verfügbare Berufsunfähigkeitsabsicherung (selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung) auf das Leben der versicherten Person mit gleicher oder geringerer künftiger Rente (einschließlich einer evtl. Beitragsbefreiungsrente für die Hauptversicherung) und gleicher oder geringerer restlicher Versicherungs- und Leistungsdauer umzutauschen. Bei Zusatztarif RS ist die Höhe der Rente ab dem 6. Versicherungsjahr maßgebend. Für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Den Umtausch können Sie spätestens einen Monat vor dem fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns bzw. spätestens innerhalb von drei Monaten nach der erstmaligen Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person beantragen. Als Voraussetzung für den Umtausch bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit ist zusammen mit dem Antrag auf Umtausch ein geeigneter Nachweis vorzulegen. Der Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung richtet sich u. a. nach dem zum Umtauschzeitpunkt ausgeübten Beruf. Mit dem Umtausch erlischt die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Maßgebend ist der zum Umtauschzeitpunkt für Neuabschlüsse geltende Tarif der selbstständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung einschließlich der dazugehörigen Versicherungsbedingungen. Als berufliche Tätigkeit im Sinne von Satz 1 gelten auch eine Berufsausbildung und ein Studium sowie eine selbstständige Tätigkeit. Nicht als berufliche Tätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen. Übt die versicherte Person zum vorgesehenen Umtauschzeitpunkt einen im Rahmen unserer Berufsunfähigkeitsabsicherung nicht versicherbaren Beruf aus, ist der Umtausch nicht möglich. Voraussetzung für den Umtausch ist ferner, dass die versicherte Person zum Umtauschzeitpunkt nicht berufsunfähig ist.

Erhöhung der Pflegerente

- (9) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie unabhängig davon alle fünf Jahre ab Versicherungsbeginn zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel kann – sofern in Ihrer Versicherung eine Pflegerenten-Zusatzversicherung (PZV) eingeschlossen ist, sofern kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist – eine vom Leistungsumfang her gleichartige Pflegerente im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten (mit)versichert werden bzw. kann die bestehende Pflegerente – auch für sich alleine – erhöht werden. Die Erhöhung der jährlichen Pflegerente beträgt dabei maximal 3.000 €, innerhalb von 5 Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €.
- (10) Das Recht auf Erhöhung der Pflegerente besteht nicht bzw. erlischt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung ist. Das Recht zur Erhöhung der Pflegerente besteht ferner auch dann nicht bzw. erlischt, wenn die jährliche Pflegerente aus allen bestehenden und gleichzeitig beantragten Versicherungen bei unserer Gesellschaft mehr als 24.000 € beträgt.

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

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins und eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt der versicherten Person. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.

- (2) Wir können vor jeder Rentenzahlung oder Kapitalabfindung auf unsere Kosten ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.
- (3) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Neben den in Absatz 1 genannten Unterlagen ist uns eine beglaubigte Kopie der Sterbeurkunde einzureichen.
- (4) Wird eine Todesfall-Leistung beansprucht, so können wir zur Klärung unserer Leistungspflicht verlangen, dass uns notwendige weitere Nachweise (u. a. ärztliche Zeugnisse oder Krankenkassenauskünfte) vorgelegt werden.
- (5) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

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

- (1) Erfüllungsort für die Leistung ist der Sitz unserer Gesellschaft in Aachen oder unserer jeweiligen Kundenservice-Direktion. Unsere Leistungsverpflichtung ist rechtzeitig erfüllt, wenn wir die Leistung nach Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen und Abschluss unserer Prüfung an den Empfangsberechtigten überweisen. Die Kosten der Überweisung trägt der Empfangsberechtigte; die Gefahr tragen wir, außer bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes. Bei Leistungen in Wertpapieren hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt das Vorgenannte entsprechend.
- (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. § 29). Erfolgt dies innerhalb der Verjährungsfrist gemäß Absatz 2, wird dadurch die Verjährung gehemmt.

§ 22 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 verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 24 Abs. 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisher Berechtigten vorliegt.

§ 23 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 entgegen zu nehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 24 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 die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit 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 zur jeweiligen Fälligkeit von Leistungen aus dem Versicherungsvertrag 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.

§ 25 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 Anschrift absenden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes 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.

§ 26 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.

§ 20 Abs. 5 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 letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 27 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.

§ 28 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 29 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.

§ 30 Welche Vertragsbestimmungen können geändert werden?

- (1) Ist eine Bestimmung in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstichterliche 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 Produkt, bei dem die Erlebensfallleistung auch von der Wertentwicklung von Fonds abhängt. Wir garantieren Ihnen allerdings bei Vertragsabschluss, dass ab dem vereinbarten Garantiezeitpunkt mindestens die für die Hauptversicherung eingezahlten Beiträge für die Bildung einer Rente oder deren Kapitalabfindung zur Verfügung stehen. 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 Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Bei der Berechnung des Rückkaufswertes wird der in den Versicherungsbedingungen vereinbarte Abzug vorgenommen. Bei der Kalkulation dieses Abzugs 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.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

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

Sofern eine Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wird bei der Kalkulation des Abzugs zusätzlich Folgendes berücksichtigt:

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.

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.

Besondere Bedingungen für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB (AVB) sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?	§ 1
Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	§ 2
Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	§ 3
Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	§ 4
Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	§ 5
Was gilt bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit?	§ 6

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

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

Verträge den Betrag von 3.000 € erstmals erreicht oder überschritten hat, behalten wir uns vor, weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente vom Ergebnis einer wirtschaftlichen Angemessenheitsprüfung abhängig zu machen. Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten werden hierbei addiert.

- (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 ohne Beitrag für die Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung. 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 zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, ab dem sich letztmalig noch eine Dauer bis zum vereinbarten Ende der Beitragszahlung von mindestens drei vollen Versicherungsjahren ergibt, spätestens jedoch zum letzten Jahrestag des Versicherungsbeginns, bevor die versicherte Person das 66. Lebensjahr vollendet.
- (4) Ist eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden ihre Versicherungsleistungen längstens bis zu dem für die Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöht (vgl. § 3 Abs. 2). Wenn die monatliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente aller für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft bestehenden

- (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. Der zusätzliche Beitrag wird für eine Erhöhungsversicherung verwendet. Hierbei handelt es sich um eine gleichartige Versicherung, bei der die Rentenzahlung zum gleichen Termin beginnt wie bei der Grundversicherung (vgl. § 1 AVB). Ferner gilt für die Erhöhungsversicherung der gleiche Garantiezeitpunkt wie bei der Grundversicherung (vgl. § 1 Abs. 6 AVB). Die Versicherungsleistungen aus der Erhöhungsversicherung errechnen sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person und der restlichen Beitragszahlungsdauer. Ist für die Grundversicherung eine Rentengarantiezeit vereinbart, gilt die gleiche Rentengarantiezeit auch für die Dynamikerhöhungen.
- (2) Ist eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erstreckt sich der Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung auch auf die Erhöhungsbeiträge. Ist gleichzeitig eine Berufsunfähigkeits- bzw. eine Erwerbsunfähigkeitsrente mitversichert, so erhöht sich diese grundsätzlich – vorbehaltlich von § 2 Abs. 4 – im gleichen Verhältnis wie die Beitragssumme der Hauptversicherung. In dem gleichen Verhältnis erhöht sich – vorbehaltlich von § 2 Abs. 5 und 6 – auch eine mitversicherte Pflegerente aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung bzw. eine erwerbbare Pflegerenten-anwartschaft aus der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung, eine Invaliditätsrente aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung oder eine zusätzlich versicherte Todesfallsumme aus der Todesfall-Zusatzversicherung.
- (3) Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden Rentenversicherungen ansetzen. 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. Auf die Anwendung solcher aktuellen Rechnungsgrundlagen werden wir Sie vor dem Erhöhungstermin im Nachtrag zu Ihrer Versicherung hinweisen. Bereits durchgeführte frühere Erhöhungen aus dem Dynamikplan bleiben hiervon unberührt.
- (4) Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die garantierten beitragsfreien Renten nicht mehr der Übersicht in der Anlage des beigefügten Antrags bzw. Vorschlags für einen Antrag auf Abschluss dieser Versicherung entnommen werden. Die aktualisierten Werte teilen wir Ihnen in dem Nachtrag zu Ihrer Versicherung vor dem Erhöhungstermin mit.

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

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, erstrecken sich alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB (AVB) sowie die Bezugsrechtsverfügung, auch auf die Erhö-

hungsversicherungen. Entsprechende Anwendung finden § 2 AVB (Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?) sowie § 17 AVB (Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?).

- (2) Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzen die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Bedingungen zu etwaigen Zusatzversicherungen genannten Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bzw. Selbsttötung nicht erneut in Lauf.
- (3) Bei einer Erhöhungsversicherung, in der eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Tarif RS eingeschlossen ist, ist der Zeitpunkt, zu dem sich die versicherte Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente der Erhöhungsversicherung tarifgemäß verringert, identisch mit dem Termin bei der Grundversicherung. Wie bei der Grundversicherung werden wir Ihnen auch zur Erhöhungsversicherung rechtzeitig vorher anbieten, den bestehenden Versicherungsschutz gegen eine Erhöhung des Beitrags aufrechtzuerhalten. Wenn Sie unser Angebot nicht annehmen, erhöht sich die Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente zu diesem Termin abweichend von § 3 Abs. 2 nicht im gleichen Verhältnis wie die Beitragssumme der Hauptversicherung, sondern entsprechend verringert. Nach diesem Termin werden weitere Erhöhungen nach dem Dynamikplan mit einer jeweils konstanten versicherten Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente durchgeführt.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

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

§ 6 Was gilt bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit?

Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen auch dann Erhöhungen, wenn wir die Beitragszahlung wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass auf Grund von § 5 Abs. 2 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist oder Sie den Dynamikplan nachträglich ausgeschlossen haben, sofern die Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung unverändert fortbesteht. Eine laufende Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente wird während einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen auf Grund der Überschussbeteiligung – aber nicht erhöht.

Bedingungen für die Todesfall-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Was gilt bei Wehr- oder Polizeidienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 3
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 4
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?	§ 5
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 6

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung stirbt.
- (2) Ist für diese Zusatzversicherung der Nichtraucher- oder Raucher-Tarif 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 Vertragsschluss

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die 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 die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung dennoch eine Gefahrerhöhung vor,

sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

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

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

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

Leistungsminderung bei Tod der versicherten Person

Wurden uns gegenüber bei Antragstellung vorsätzlich falsche Angaben zur Nichtraucherzugehörigkeit der versicherten Person gemacht oder wurde nach Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2c vorsätzlich vorgenommen und wurde uns dies nicht unverzüglich mitgeteilt, beschränkt sich die versicherte Leistung bei Tod der versicherten Person auf ein Drittel der vereinbarten Todesfallsumme. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung bzw. die falsche Angabe über die Nichtraucherzugehörigkeit der versicherten Person bei Abgabe der 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 nachzuprüfen. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine medizinische Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Kommt die versicherte Person 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 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 Sterblichkeit und Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, Mindestzuführungsverordnung).

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

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um

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

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Todesfall-Zusatzversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. 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 Todesfall-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 Todesfall-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) Bei Zusatzversicherungen mit laufender Beitragszahlung setzt die Überschussbeteiligung mit dem Beginn der Zusatzversicherung ein. Sie erhalten laufende Überschussanteile, die wir auf Ihre Beitragszahlungen anrechnen, so dass Sie statt des Tarifbeitrags nur einen grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten haben. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung wird im Verhältnis zum Tarifbeitrag der Todesfall-Zusatzversicherung (einschließlich eines evtl. Risikozuschlags) bemessen. Entfällt für eine Todesfall-Zusatzversicherung aufgrund einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-

Zusatzversicherung während einer Berufsunfähigkeit die Beitragszahlungspflicht, teilen wir zu Beginn der Monate, die der früheren Beitragszahlungsweise entsprechen, laufende Überschussanteile im Verhältnis zum letzten für die Todesfall-Zusatzversicherung maßgebenden Tarifbeitrag zu. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Todesfall-Zusatzversicherung ausgezahlt. Falls die Beitragszahlung vorzeitig eingestellt wurde, erhalten Sie keine weiteren Überschusszuteilungen auf den letzten Tarifbeitrag.

- b) Darüber hinaus kann für beitragsfreie Zeiten bei Beendigung der Todesfall-Zusatzversicherung durch Tod der versicherten Person, Rückkauf oder Ablauf als Überschussbeteiligung ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Der Schluss-Überschussanteil wird dann für beitragsfreie Zeiten ab dem 3. Versicherungsjahr im Verhältnis zur Todesfallsumme bemessen. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der Schluss-Überschussanteil für die verbleibenden Jahre bis zum vereinbarten Ablauf der für die Todesfall-Zusatzversicherung geltenden Versicherungsdauer mit 7,5 % p. a. diskontiert.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Todesfall-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (vgl. Absatz 1b). 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 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 Todesfall-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.

§ 3 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 Tod der versicherten Person 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 kriegesischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswerts (§ 6 Abs. 2). Dies gilt jedoch nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegesischen 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 Rückkaufswerts (§ 6 Abs. 2), 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 bleibt unberührt.

§ 4 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 Willensbestimmung ausschließt. Anderenfalls zahlen wir – soweit entstanden – den für den Todestag berechneten Rückkaufswert gemäß § 6 Abs. 2.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Zusatzversicherung. Die Frist nach Absatz 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Zusatzversicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

- (1) Leistungen aus dieser Zusatzversicherung erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.
- (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 verlangen, dass uns weitere Nachweise (u. a. ärztliche Zeugnisse oder Krankenkassenauskünfte) vorgelegt werden. Darüber hinaus können wir erforderliche Erhebungen selbst anstellen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten.
- (4) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Die Zusatzversicherung erlischt spätestens mit Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung.
- (2) Eine Todesfall-Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie zu jedem Beitragsfälligkeitstermin kündigen, eine beitragsfreie Todesfall-Zusatzversicherung zu jedem Monatsende. Bei Kündigung erhalten Sie – soweit bereits entstanden – den

Rückkaufswert. Der Rückkaufswert ist die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Todesfall-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 Versicherungssumme der Todesfall-Zusatzversicherung sowie um rückständige Beiträge. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des beigefügten Antrags bzw. Vorschlags für einen Antrag auf Abschluss dieser Versicherung. Mit dem 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 AVB der Hauptversicherung. 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.

- (3) Wenn Sie Ihre Versicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, wandelt sich auch eine Todesfall-Zusatzversicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Todesfallsumme um. Dabei wird ein Abzug entsprechend Absatz 2 berücksichtigt. Eine Todesfall-Zusatzversicherung können Sie ganz oder teilweise auch für sich allein beitragsfrei stellen. Bei Beitragsfreistellung einer Todesfall-Zusatzversicherung setzen wir die Versicherungssumme der Todesfall-Zusatzversicherung auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Termin der Beitragsfreistellung unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 2 errechnet wird. Mit dem darin enthaltenen 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 AVB der Hauptversicherung. 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.
- (4) Die Kündigung und die Beitragsfreistellung der Todesfall-Zusatzversicherung sind 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 eine geringe oder gar keine Deckungsrückstellung zur Bildung eines Rückkaufswertes oder einer beitragsfreien Leistung vorhanden.

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

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % ihren zuletzt vor Eintritt dieses Zustands ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nicht mehr ausüben kann. Eine Verweisung auf eine andere Tätigkeit kommt nur dann in Betracht, wenn diese im Sinne von Absatz 4 a) konkret ausgeübt wird (Verzicht auf abstrakte Verweisung).

(2) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von § 2 ist.

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

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

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

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

Eine Umorganisation ist angemessen, wenn

- sie keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert,
- sich keine auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbußen ergeben,
- sie von der versicherten Person auf Grund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann und
- der versicherten Person 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 Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann. | |
| e) Waschen, Kämmen oder Rasieren | = 1 Punkt |
| Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen. | |
| f) Verrichten der Notdurft | = 1 Punkt |
| Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie | |
| • sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann, | |
| • ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer 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 Punkte-tabelle liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung, mit der sie sich oder andere gefährdet, täglicher Beaufsichtigung bedarf oder wenn sie bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

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

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, erfolgen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs I (Absatz 1 a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente (Zusatztarif R) 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 für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen bestanden hat, zurückerzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag 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?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist
- a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
 - d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
 - g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

- (1) Werden Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Anspruchserhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, zu geben und Nachweise vorzulegen:
- a) eine Darstellung über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie vorhandene ärztliche Befundberichte;

- b) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person und der inzwischen eingetretenen Veränderungen mit Einkommensnachweisen;
- c) eine Darstellung der durch Ausbildung und Erfahrung bisher erlangten beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der versicherten Person sowie Zeugnisse;
- d) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
- (3) Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 6 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.
- (2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht 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-, 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 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 Anspruchsberechtigten vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform 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 Tarifikalkulation 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 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 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 Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Ver-

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

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

- a) Beitragsanrechnung

Mit jeder Beitragszahlung werden laufende Überschussanteile zugeteilt, die im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die 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 Versicherungsdauer abgekürzter Beitragszahlungsdauer keine Beitragszahlungspflicht bestand, im Verhältnis zu dem auf den Zusatztarif I bzw. zu dem auf den Zusatztarif R entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der als Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur die Beitragsbefreiung gewährt wurde, kann ein Schluss-Überschussanteil im Verhältnis zum jährlichen Beitrag der Hauptversicherung und einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung, die durch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ggf. beitragsbefreit waren, – jedoch ohne eventuelle Stückkostenzuschläge – fällig werden. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der ggf. fällige

Schluss-Überschussanteil für die verbleibende Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Zusatztarifs I bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Zusatztarifs R mit 7,5 % p. a. diskontiert.

c) **Laufende Berufsunfähigkeitsrente**

Wird eine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt, werden jährliche Überschussanteile jeweils zu Beginn eines 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 – 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 – für sich allein kündigen.

- (5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert, sofern wir keine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen. 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 Antrags bzw. Vorschlags für einen Antrag auf Abschluss dieser Versicherung. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungbestandes 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 letzten 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 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. Anderenfalls wird der wie in Absatz 7 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.

*) 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.

- (9) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 4, 5, 6, 7 und 8 entsprechend.
- (10) Erbringen wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Policendarlehen und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.
- (11) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf

der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht berührt.

§ 13 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

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

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Ärzte/Zahnärzte

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit auf Grund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes vor?

Die Aachener und Münchener Lebensversicherung AG geht von dem Vorliegen einer Berufsunfähigkeit im Sinne ihrer Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung aus, sofern eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlichen Anordnungen beruhende Verfügung dem Arzt/Zahnarzt verbietet, wegen Infektionsgefahr Patienten zu behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot), und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten erstreckt.

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

2. Welcher Termin gilt als Beginn der Berufsunfähigkeit?

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

3. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

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

4. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Berufsunfähigkeits-Leistungen zu beachten, und wann ist die Berufsunfähigkeit beendet?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne der Ziffer 1 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person verpflichtet, uns die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbots anzuzeigen. Mit der Wiedererlangung der Einsatzfähigkeit als Arzt/Zahnarzt ist die Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 beendet. Bei einer verspäteten Mitteilung sind zuviel gezahlte Leistungen zurückzuzahlen.

cherte Person verpflichtet, uns die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbots anzuzeigen. Mit der Wiedererlangung der Einsatzfähigkeit als Arzt/Zahnarzt ist die Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 beendet. Bei einer verspäteten Mitteilung sind zuviel gezahlte Leistungen zurückzuzahlen.

- b) Die versicherte Person ist ferner verpflichtet, uns auf Verlangen in Abständen von jeweils einem Jahr nachzuweisen, dass das vollständige Tätigkeitsverbot weiter besteht. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 3 a) beschrieben zu führen; er darf nicht älter als 3 Monate sein.

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

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 3 oder 4 vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung 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.

6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Maßgabe der Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder dieser Sondereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wird durch Infektionen, die unmittelbar oder mittelbar auf einer Sucht oder auf Drogenmissbrauch beruhen.

Unberührt bleiben ferner die sonstigen Ausschlüsse in den „Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung“.

Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

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

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

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

- (2) Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

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

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

- f) Verrichten der Notdurft = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

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

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

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wird die versicherte Person während der Dauer der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erwerbsunfähig im Sinne von § 1 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

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

- (2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs Y (Absatz 1 a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Eine laufende Erwerbsunfähigkeitsrente (Zusatztarif R) wird während einer Erwerbsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen auf Grund der Überschussbeteiligung (vgl. § 11) – aber nicht erhöht.

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Erwerbsunfähigkeitsleistungen entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (§ 1) folgt, es sei denn, aus dem nachstehenden Absatz 2 ergibt sich ein späterer Beginn.
- (2) Wird uns die Erwerbsunfähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Erwerbsunfähigkeitsleistungen grundsätzlich erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wir leisten aber für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren

rückwirkend – gerechnet ab dem Monat der Meldung – für die nachgewiesene Zeit der Erwerbsunfähigkeit. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit folgenden Monats leisten.

- (3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Erwerbsunfähigkeitsleistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder das Nichtbestehen einer Leistungspflicht rechtskräftig festgestellt, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen.
- (4) Der Anspruch auf die Erwerbsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn eine Erwerbsunfähigkeit gemäß § 1 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 7), wenn die versicherte Person stirbt oder die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Erwerbsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
 - d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
 - g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder

die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

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

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 6 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.
- (2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 12 Monaten – befristen, wenn
 - sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
 - die medizinischen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,

- die versicherte Person eine Rehabilitations- oder Wiedereingliederungsmaßnahme absolviert oder eine solche Maßnahme vorgesehen oder beabsichtigt ist.

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

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

- (1) Liegt eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne von § 1 dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die 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 Erwerbsunfähigkeit im Sinne von § 1 besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 6.
- (3) Eine Besserung des Gesundheitszustandes oder die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit muss uns unverzüglich mitgeteilt werden.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

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

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 Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur

Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

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

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

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrisiko 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 Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird die Höhe der Überschussbeteiligung maßgeblich von der Entwicklung der Erwerbsunfähigkeitsfälle beeinflusst. In einzelnen Jahren kann deshalb auf Grund eines ungünstigen Risikoverlaufs eine Zuteilung von Überschüssen entfallen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer

auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

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

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

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

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

- a) Beitragsanrechnung

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

Zusätzlich gilt:

- b) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Zusatztarif Y bzw. bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Zusatztarif R sowie ggf. bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens 5 Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung gewährt wurden und in der auf Grund gegenüber der Versicherungsdauer abgekürzter Beitragszahlungsdauer keine Beitragszahlungspflicht bestand, im Verhältnis zu dem auf den Zusatztarif Y bzw. zu dem auf den Zusatztarif R entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der als Leistung aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur die Beitragsbefreiung gewährt wurde, kann ein Schluss-Überschussanteil im Verhältnis zum jährlichen

Beitrag der Hauptversicherung und einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung, die durch die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung ggf. beitragsbefreit waren, – jedoch ohne eventuelle Stückkostenzuschläge – fällig werden. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der ggf. fällige Schluss-Überschussanteil für die verbleibende Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Zusatztarifs Y bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Zusatztarifs R mit 7,5 % p. a. diskontiert.

- c) Laufende Erwerbsunfähigkeitsrente

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

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

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig. Voraussetzung dafür ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben. Der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Von der Hälfte der an diesem Stichtag festgestellten Bewertungsreserven wird nach einem verursachungsorientierten Verfahren der Teilbetrag ermittelt, der auf Ihre Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung entfällt. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (vgl. Absatz 3b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 12 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

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

- (4) Eine Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – für sich allein kündigen.
- (5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert, sofern wir keine Leistung aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen. Der Rückkaufswert ist die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Erwerbsunfähigkeits-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 Erwerbsunfähigkeitsrente 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 Erwerbsunfähigkeits-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 Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unabhängig von der Hauptversicherung – beitragsfrei stellen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 5 vorhanden ist. Die beitragsfreie Erwerbsunfähigkeitsrente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 5 ermittelt.

- (7) Die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie auch zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die beitragsfreie Erwerbsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 5. Unter den Voraussetzungen von Absatz 5 steht aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistungen der Rückkaufswert gemäß Absatz 5 zur Verfügung, vermindert um rückständige Beiträge.
- (8) Eine Fortführung der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 7 ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Anderenfalls 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) Erbringen wir Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Policendarlehen und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.
- (11) Ansprüche aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Erwerbsunfähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht berührt.

§ 13 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

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

*) 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 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 Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- e) Waschen, Kämmen oder Rasieren = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- f) Verrichten der Notdurft = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

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

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

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir?

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

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

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

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Invalidität (§ 1) folgt, es sei denn, aus dem nachstehenden Absatz 2 ergibt sich ein späterer Beginn.
- (2) Wird uns die Invalidität später als drei Jahre nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Invaliditätsleistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Invalidität folgenden Monats leisten.
- (3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Invaliditätsleistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag 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, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundes-

republik 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 Anspruchserhebenden 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

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

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 Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,
 - die versicherte Person eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme absolviert oder eine solche Maßnahme vorgesehen oder beabsichtigt ist.

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

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

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

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Invalidität?

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

che 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 Anspruchsberechtigenden 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 Versicherungsgesetzes (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 Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Invaliditätsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

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

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

stehung beigetragen haben. Bei der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung 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 hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von 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 Verfügungsphase 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 – 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 wir keine Leistung aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung erbringen. 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 Antrags bzw. 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 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. Anderenfalls 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) Ansprüche aus der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Invalidität beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung nicht berührt.

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

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

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

- (1) Ihre Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung können Sie während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb eines Jahres, nachdem die versicherte Person erstmalig eine berufliche Tätigkeit 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, Körperverschwendung oder Kräfteverfalls voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass sie für **alle** 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. „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 Trinkgefäße – 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 für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Pflegefall-Leistungen bestanden hat, zurückerstatten. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine rätierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 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
- a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - c) 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;
 - d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
 - g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

§ 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 Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, zu geben und Nachweise in deutscher Sprache vorzulegen:
- a) 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 Anspruchsberechtigenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

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

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten 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 hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von 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 Versicherungsjahres 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 Überschussverwendungsart 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 Versicherungsjahres zugeteilt, erstmals, nachdem die Pflegerente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde. Die Zuteilung erfolgt im Verhältnis zu der am Ende des jeweils abgelaufenen Versicherungsjahres vorhandenen Deckungs-

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

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Pflegerenten-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig. Voraussetzung dafür ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben. Der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Von der Hälfte der an diesem Stichtag festgestellten Bewertungsreserven wird nach einem verursachungsorientierten Verfahren der Teilbetrag ermittelt, der auf Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung entfällt.

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 12 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Pflegerenten-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), grundsätzlich eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung, sofern es sich um eine Rentenversicherung handelt, beitragsfrei oder beitragspflichtig nur bei Beendigung der Beitragszahlung der Hauptversicherung innerhalb der Verfügungsphase fortgesetzt werden. Unabhängig von der Hauptversicherung besteht die Pflegerenten-Zusatzversicherung bei Ablauf der Verfügungsphase einer Rentenversicherung bzw. bei Ablauf der Versicherungsdauer einer kapitalbildenden oder Risiko-Lebensversicherung solange fort, wie die versicherte Person lebt.
- (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 – für sich allein kündigen.
- (4) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 3 erhalten Sie für die Pflegerenten-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert, sofern wir keine Leistung aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung erbringen. 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 Antrags bzw. Vorschlags für einen Antrag auf Abschluss dieser Versicherung. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes 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 letzten 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. Anderenfalls 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) Ansprüche aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Pflegebedürftigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung nicht berührt.

§ 13 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

- (1) Gemäß § 4 Abs. 4 ruht der Anspruch auf Pflegerente 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.
- (2) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, 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.

*) 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 Pflegerententoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Pflegerententoptions-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 Pflegerententoptions-Zusatzversicherung wird zu keinem Zeitpunkt fällig, auch dann nicht, wenn Sie die Option nicht ausüben.

§ 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-

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 Tarifikalkulation 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 Pflegerententoptions-Zusatz-

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 hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. 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 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 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) Verzinssliche 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 verzinsslich 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 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wird bei Eintritt von Berufsunfähigkeit die Überschussverwendungsart der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung während der Beitragsbefreiung wegen Berufsunfähigkeit von der Beitragsanrechnung auf verzinssliche Ansammlung umgestellt.

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

- c) Die Höhe der Überschussanteilsätze 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 Pflegerentenanwartschaft ohne Gesundheitsprüfung gemäß Absatz 3 um. Ein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufwertes besteht nicht.

Bei einer Kündigung zusammen mit der Hauptversicherung erhalten Sie – soweit vorhanden – einen Rückkaufwert, 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 beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren 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. Anderenfalls 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 zu fondsgebundenen Rentenversicherungen **WUNSCHPOLICE STRATEGIE No. 1** **und WUNSCHPOLICE SACHWERT-STRATEGIE No. 1**

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
Welchen speziellen Risiken unterliegen die Fonds?	Nr. 8
Wann beginnen Ihre Versicherung und Ihr Versicherungsschutz, und wie lange dauert die Frist, während der wir Ihren Antrag annehmen können?	Nr. 9
Können Sie Ihre Vertragserklärung nach dem Vertragsabschluss noch widerrufen?	Nr. 10
Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?	Nr. 11
Können Sie Ihren Versicherungsvertrag vorzeitig beenden oder im Falle einer laufenden Beitragszahlung diese vorzeitig einstellen?	Nr. 12
Welches Recht ist auf Ihren Versicherungsvertrag anwendbar, und welches Gericht ist für eventuelle Klagen aus dem Vertrag zuständig?	Nr. 13
In welcher Sprache sind die Vertragsbedingungen und Kundeninformationen verfasst, und in welcher Sprache kommunizieren wir mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags?	Nr. 14
An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?	Nr. 15

Besondere Informationen bei Rentenversicherungen

Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet?	Nr. 16
Welche Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe gelten für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung bei Rentenversicherungen?	Nr. 17
Wie hoch sind der Rückkaufswert und eine beitragsfreie Rente im Falle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung, und inwieweit sind diese Leistungen bei Vertragsabschluss garantiert?	Nr. 18
Welche Fonds stehen Ihnen bei der fondsgebundenen Rentenversicherung zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken?	Nr. 19
Welche Steuerregelungen gelten allgemein für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB und für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen?	Nr. 20

Allgemeine Informationen

1. Wer ist Ihr Vertragspartner?

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

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dietmar Meister

Vorstand: Michael Westkamp (Vorsitzender),

Johannes Booms, Peter Heise, Ulrich Rieger, Thomas Sängler

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 lautet:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

– Bereich Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht –

Hausanschrift: Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

Postanschrift: Postfach 12 53, 53002 Bonn

3. Sind Ihre Versicherungsansprüche abgesichert?

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

4. Welche Bedingungen gelten für Ihr Versicherungsverhältnis?

Eine Übersicht über die für Ihr Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen finden Sie in der Anlage zum Antrag bzw. zum Vorschlag für einen Antrag auf Abschluss einer WUNSCHPOLICE STRATEGIE No. 1 bzw. WUNSCHPOLICE SACHWERT-STRATEGIE No. 1 (nachfolgend „Antrag“ genannt). Hierzu gehören insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen. Alle Bedingungswerke, die wir für Sie auf einer CD gespeichert haben, werden Ihnen vor Antragstellung ausgehändigt. Der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit sowie der Erwerbsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne und nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

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

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

Die individuellen Leistungsangaben zu Ihrer Versicherung und die weiteren für Ihren Vertrag maßgeblichen Daten können Sie dem Antrag entnehmen. Dort geben wir auch an, welche Leistungen für die gesamte Vertragsdauer garantiert sind. Zu diesen garantierten Leistungen können noch Leistungen aus der Überschussbeteiligung hinzukommen, die wir vorab in ihrer Höhe nicht angeben können, da sie von der zukünftigen Überschussentwicklung unseres Unternehmens abhängen. Falls wir zu Rentenbeginn einen Rentenzuschlag aus der Überschussbeteiligung bilden, können wir seine Höhe nicht

für die gesamte Dauer unserer Rentenzahlung garantieren. Denn wir legen hierbei zukünftige, noch nicht zugeteilte Überschussanteile unter der Annahme zugrunde, dass die maßgebenden Überschussanteil-Sätze unverändert bleiben.

Vor Beginn der Rentenzahlung bieten wir Ihnen eine unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer besonderer Vermögen. Diese Vermögenswerte werden bei unserer Gesellschaft getrennt vom übrigen Vermögen überwiegend in Wertpapieren (Fondsanteile) angelegt und in Anteilseinheiten aufgeteilt. Der Fachbegriff für diese besonderen Vermögen lautet „Anlagestöcke“. Die auf Ihre Versicherung insgesamt entfallenden Anteilseinheiten bilden das Fondsguthaben Ihrer Versicherung; vom Wert dieses Fondsguthabens hängen die Versicherungsleistungen ab, soweit sie nicht aus dem evtl. vorhandenen nicht fondsgebundenen Deckungskapital resultieren.

Einzelheiten zur Bildung des fondsgebundenen Deckungskapitals sowie zur Umschichtung von nicht fondsgebundenem Deckungskapital in fondsgebundenes Deckungskapital und umgekehrt sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben. Dort finden Sie auch Hinweise zur Möglichkeit, das fondsgebundene Deckungskapital entsprechend der von Ihnen getroffenen Auswahl aus den zur Verfügung stehenden Fonds anzulegen. Ebenso beschrieben ist die Option, vorhandenes Deckungskapital zuzüglich der hinzukommenden künftigen Beitragszahlungen als Garantieniveau festzuschreiben (Wertsicherungsoption – Variante A) und ggf. neue Höchstbeträge automatisch festzuschreiben (Wertsicherungsoption – Variante B).

Da die Entwicklung der Wertpapiere nicht vorauszusehen ist, können wir die Höhe der sich hieraus ergebenden Leistungen nicht garantieren. Sie haben die Chance, im Falle von Kurssteigerungen der Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass unsere Leistungen bei einer guten Fondsentwicklung höher sein werden als bei einer weniger guten Fondsentwicklung.

In jedem Fall sagen wir zu, dass zum Garantiezeitpunkt mindestens die bis dahin insgesamt gezahlten Beiträge (mit Ausnahme der Beiträge für eventuelle Zusatzversicherungen) für die Bildung einer Rente zur Verfügung stehen. Auf Ihren Wunsch hin können wir zum Zeitpunkt des Rentenbeginns die Rentenzahlungen auch durch einen einmaligen Betrag abfinden.

Soweit Sie zu Rentenbeginn nicht die Kapitalabfindung in Anspruch nehmen, legen wir Ihr dann vorhandenes Fondsguthaben neben dem evtl. vorhandenen nicht fondsgebundenen Deckungskapital in unserem sonstigen Vermögen an. Aus den angelegten Mitteln und den daraus erzielten Kapitalerträgen erbringen wir während der Rentenzahlung die zugesagten Leistungen und decken die Kosten für die Verwaltung des Vertrags.

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

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

7. Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

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

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

Sofern Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilt haben, buchen wir die Beiträge von dem uns angegebenen Konto ab.

8. Welchen speziellen Risiken unterliegen die Fonds?

Die Höhe unserer Versicherungsleistungen hängt wesentlich von der Entwicklung des Investmentfonds DWS Funds Invest ZukunftsStrategie und/oder DWS Funds Invest SachwertStrategie, der Aufteilung des Deckungskapitals Ihres Vertrages auf fondsgebundenes und nicht fondsgebundenes Deckungskapital, der Wertentwicklung unseres sonstigen Vermögens sowie der Wertentwicklung der Fonds ab, in die ggf. freies fondsgebundenes Deckungskapital investiert ist (vgl. Nr. 5). Die Aufteilung des Deckungskapitals Ihres Vertrages erfolgt nach einem von uns festgelegten versicherungsmathematischen Verfahren bzw. bezogen auf fondsgebundenes Deckungskapital entsprechend Ihren Festlegungen. Für die Zusammensetzung der in den Fonds enthaltenen Vermögenswerte sind die jeweiligen Fondsgesellschaften verantwortlich; als Versicherer haben wir hierauf keinen Einfluss.

Eine Übersicht aller zur Verfügung stehenden Fonds finden Sie unter Nr. 19. Dort beschreiben wir auch ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken. Ferner finden Sie dort konkrete Angaben zur bisherigen Wertentwicklung der einzelnen Fonds. Diese Daten erlauben allerdings keine Prognosen für die Zukunft.

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

Den Beginn der Versicherung sowie den vereinbarten Beginn der Rentenzahlung finden Sie im Antrag.

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

zeichnung, jedoch nicht vor dem Tag einer eventuell erforderlichen ärztlichen Untersuchung.

10. Können Sie Ihre Vertragserklärung nach dem Vertragsabschluss noch widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. durch Brief, Fax oder E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Sie die Versicherungsbedingungen, das Produktinformationsblatt, die vorliegenden Informationen für den Versicherungsnehmer 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.

11. Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?

Ihre Rentenversicherung (Hauptversicherung) läuft grundsätzlich solange, wie die versicherte Person lebt. Stirbt sie nach Rentenbeginn während der vereinbarten Rentengarantiezeit, erlischt die Hauptversicherung mit Ablauf der Rentengarantiezeit. Die Hauptversicherung endet ferner bei einer vollständigen Kapitalabfindung oder wenn wir bei Tod der versicherten Person während der Rentengarantiezeit die noch ausstehenden garantierten Renten auf Wunsch des Anspruchsberechtigten abgefunden haben.

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

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

Vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung können Sie Ihre Versicherung ganz oder teilweise kündigen; die maßgeblichen Termine hierzu finden Sie in dem zugehörigen Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Für den Fall

einer teilweisen Kündigung nennen wir dort auch die Mindestbeträge, welche die verbleibenden Leistungen und Beiträge noch erreichen müssen.

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

Einzelheiten zur Kündigung oder Beitragsfreistellung einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung ergeben sich aus den zugehörigen Paragraphen der Bedingungen für die jeweilige Zusatzversicherung. Zusatzversicherungen bilden mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen sind, eine Einheit und können ohne die Hauptversicherung grundsätzlich nicht fortgesetzt werden. Hiervon ausgenommen sind eine eingeschlossene Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung bei Tod der versicherten Person der Hauptversicherung sowie eine eingeschlossene Pflegerenten-Zusatzversicherung, wenn die Beitragszahlung der Hauptversicherung innerhalb der Verfügungsphase, spätestens innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Beginn der Rentenzahlung beendet wird.

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

Bitte beachten Sie jedoch, dass die Kündigung oder die eventuelle Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung für Sie mit Nachteilen verbunden sind. Informationen zur Höhe der Rückkaufswerte und der beitragsfreien Leistungen erhalten Sie unter der nachfolgenden Nr. 18.

13. Welches Recht ist auf Ihren Versicherungsvertrag anwendbar, und welches Gericht ist für eventuelle Klagen aus dem Vertrag zuständig?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung, u. a. das Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Dem Paragraphen „Wo ist der Gerichtsstand?“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen können Sie entnehmen, welches Gericht jeweils zuständig ist, falls Sie oder wir eine Klage aus dem Versicherungsvertrag erheben.

14. In welcher Sprache sind die Vertragsbedingungen und Kundeninformationen verfasst, und in welcher Sprache kommunizieren wir mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags?

Wir teilen Ihnen alle Vertragsbedingungen und Kundeninformationen in deutscher Sprache mit. Auch während der Vertragslaufzeit verständigen wir uns mit Ihnen in Deutsch.

15. An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?

Bei Fragen oder Beschwerden zu Ihrer Versicherung wenden Sie sich bitte an Ihren Vermögensberater. Er (oder sie) ist gerne bereit, Ihnen behilflich zu sein. 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 Versicherungsombudsmann. Sie können deshalb innerhalb von acht Wochen nach Erhalt unserer Nachricht das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Telefon: 0800 369600
Telefax: 0800 369900
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.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 Rentenversicherungen

16. 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.

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

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

Unabhängig davon hängt der Gesamtertrag des Vertrages vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung maßgeblich von der Entwicklung der Anlagestöcke ab, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (vgl. Nr. 5). Auch die Erträge, welche die Fondsgesellschaften aus den hierin enthaltenen Vermögenswerten ausschütten, fließen unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu und ergeben zusätzliche Anteilseinheiten für Ihren Vertrag oder erhöhen den Wert der Anteilseinheiten (bei thesaurierenden Fonds).

Wie entstehen die Überschüsse?

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

• Kapitalanlageergebnis

Ein wesentlicher Teil des Überschusses stammt aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Im Falle einer fondsgebundenen Versicherung nach Tarif GRB handelt es sich hierbei im Wesentlichen um die Kapitalanlagen in unserem sonstigen Vermögen. Damit wir unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllen können, müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden und Mittel in entsprechender Höhe anlegen (z. B. in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Dies überwachen unser Verantwortlicher Aktuar und unser Treuhänder des Si-

cherungsvermögens. 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, da wir das Vermögen nach den Prinzipien möglichst großer Rentabilität und Sicherheit anlegen. Außerdem beachten wir den wichtigen Grundsatz der Mischung und Streuung. Dadurch lassen sich bei gleichem Risiko höhere Renditen erzielen, weil sich Ertragschwankungen teilweise untereinander ausgleichen.

Auf das Kapitalanlageergebnis wirken sich natürlich auch die Aufwendungen für das Management der Kapitalanlagen, Abschreibungen, Zuschreibungen und die Realisierung von Bewertungsreserven aus. Kapitalanlagen des Sicherungsvermögens dürfen höchstens mit ihren Anschaffungs- oder Herstellungskosten bewertet werden. Einen Einfluss auf die Bewertung hat auch, ob wir die Kapitalanlagen dauerhaft halten wollen (Anlagevermögen) oder nur vorübergehend (Umlaufvermögen). Bei Kapitalanlagen des Umlaufvermögens ist im Falle einer Wertminderung überschussmindernd auf den Wert zum Bilanzstichtag abzuschreiben. Bei Kapitalanlagen des Anlagevermögens muss dagegen nur bei einer voraussichtlich dauerhaften Wertminderung abgeschrieben werden. Wurden in der Vergangenheit Abschreibungen vorgenommen und steigt der Wert der Kapitalanlagen wieder, dann ist der Wertansatz in der Bilanz entsprechend zu erhöhen (sog. Wertaufholungsgebot). Dies führt zu einem höheren Überschuss. Obergrenze für diese Zuschreibung sind bei beiden Vermögensarten die Anschaffungs- oder Herstellungskosten. Auch dies ist eine Ausprägung des Vorsichtsprinzips.

Wir möchten dies an einem Beispiel verdeutlichen:

Wenn wir für 100.000 € Aktien einer Gesellschaft gekauft haben, sind diese in der Bilanz auch dann mit 100.000 € anzusetzen, wenn sie zum Bilanzstichtag einen Wert von 150.000 € haben, unabhängig davon, ob es sich um Anlage- oder Umlaufvermögen handelt. Beträgt der Wert der Aktien zum Bilanzstichtag dagegen nur noch 80.000 €, dann ist bei Aktien des Umlaufvermögens dieser Betrag für den Wertansatz in der Bilanz maßgebend. Bei Aktien des Anlagevermögens besteht dagegen nur dann eine Verpflichtung zur Abschreibung auf 80.000 €, wenn eine voraussichtliche dauerhafte Wertminderung vorliegt. Bei vorübergehender Wertminderung können die Aktien weiterhin mit 100.000 € in der Bilanz ausgewiesen werden. Wurde eine Abschreibung im Umlauf- oder Anlagevermögen auf 80.000 € vorgenommen und steigt der Kurswert der Aktien bis zum nächsten Bilanzstichtag wieder auf z. B. 120.000 € an, dann ist eine Zuschreibung von 20.000 € vorzunehmen und in der Bilanz sind wieder die ursprünglichen Anschaffungskosten von 100.000 € auszuweisen.

Steigt der Wert der Kapitalanlagen über die Anschaffungskosten hinaus, entstehen Bewertungsreserven. Diese bilden einen Puffer, um kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Weitere Erläuterungen hierzu finden Sie im Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

- **Risikoergebnis**

Bei der Tariffkalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch wird insbesondere sichergestellt, dass die vertraglichen Rentenleistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn die durchschnittliche Lebenserwartung aller Rentenversicherten steigt. Ist die Dauer des Rentenbezugs dagegen in der Realität kürzer als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse.

- **Kostenergebnis**

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

Wie werden die Überschüsse ermittelt und festgestellt?

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

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

Die von uns erwirtschafteten Überschüsse kommen zum ganz überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Der übrige Teil wird an die Aktionäre ausgeschüttet bzw. den Rücklagen des Unternehmens zugeführt. Über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer gibt Ihnen der zugehörige Abschnitt des Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Auskunft.

Da die verschiedenen Versicherungsarten in unterschiedlichem Umfang zum Überschuss beitragen, fassen wir gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammen. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist die Art der Kapitalanlage und das versicherte Risiko. Danach werden z. B. konventionelle, d. h. nicht fondsgebundene Rentenversicherungen, fondsgebundene Rentenversicherungen und Risikoversicherungen jeweils eigenen Gruppen zugeordnet. Darüber hinaus haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen des in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverbandes innerhalb der dort ebenfalls aufgeführten Bestandsgruppe. Wir teilen Ihrer Versicherung in der Regel jährliche Überschussanteile zu, für die Hauptversicherung vor Beginn der Rentenzahlung in der Regel monatliche Überschussanteile. Soweit wir Überschussanteile auf Ihren Beitrag anrechnen, erfolgt die Zuteilung zu jeder Beitragsfälligkeit. Darüber hinaus können zu Beginn der Rentenzahlung oder bei einer vorzeitigen Beendigung Ihrer Versicherung eventuell vorhandene Bewertungsreserven hinzukommen. Während der Rentenzahlung kann sich unter den in dem Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen eine Beteiligung an eventuell vorhandenen Bewertungsreserven ergeben.

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

Wie verwenden wir die Überschussanteile Ihrer Versicherung?

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

Versicherungsmathematische Hinweise:

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tariffkalkulation ermittelt. Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten Leistungen der Hauptversicherung basiert auf Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafel der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004 R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegendem Erlebensfallcharakter (Basistafel mit Trendfunktion). Als Rechnungszins werden 2,25 % p. a. angesetzt.

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

Unter Nr. 12 haben wir bereits auf die grundsätzlichen Voraussetzungen hingewiesen, unter denen Sie Ihre Versicherung kündigen oder ggf. beitragsfrei stellen können.

Bei einer vollständigen Kündigung erhalten Sie den Rückkaufswert; dieser orientiert sich an dem Zeitwert des Fondsguthabens zuzüglich des evtl. vorhandenen nicht fondsgebundenen Deckungskapitals Ihrer Versicherung zum maßgebenden Kündigungstermin. Die auf den Vertrag entfallenden Bewertungsreserven können hinzukommen. Dabei erfolgt vor Beginn der Verfügungsphase, längstens jedoch bis 5 Jahre vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, ein als angemessen angesehener Abzug.

Ist Ihre Versicherung beitragspflichtig, setzen wir im Falle einer Beitragsfreistellung die versicherten Leistungen der Hauptversicherung und der eingeschlossenen Zusatzversicherungen nach den in den Versicherungsbedingungen beschriebenen Regeln herab.

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

19. Welche Fonds stehen Ihnen bei der fondsgebundenen Rentenversicherung 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 Verkaufsprospekten 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 dem jeweiligen Verkaufsprospekt finden Sie auch Angaben darüber, in welcher Höhe die Fondsgesellschaft Kosten für die Verwaltung des Fonds berechnet. Aus den Verwaltungsgebühren zahlen die Fondsgesellschaften wiederkehrend Rückvergütungen in Höhe von monatlich umgerechnet bis zu 0,08 % 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 Anlagestöcken 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

DWS Funds Invest ZukunftsStrategie

WKN: DWS0NY – ISIN: LU0313399957

Investmentgesellschaft: DWS Funds SICAV (Luxemburg)

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Anlagepolitik

Der Fonds DWS Funds Invest ZukunftsStrategie kann in fest- und variabel verzinsliche Wertpapiere, in Aktien, in Anteile an Organismen für gemeinsame Anlagen in Wertpapieren, die von der DWS Investment S.A., der DWS Investment GmbH oder anderen Emittenten aufgelegt wurden, oder börsengehandelte und EU-richtlinienkonforme Fonds (ETF – Exchange Traded Funds) investieren.

Sofern das Fondsvermögen in Anteile an Organismen für gemeinsame Anlagen in Wertpapieren investiert wird, können insbesondere Anteile an in- und ausländischen Aktienfonds, gemischten Wertpapierfonds, Wertpapierrentenfonds, Fonds nach Teil I des Gesetzes vom 20.12.2002, die in den internationalen Rohstoffbereich investieren, geldmarktnahen Wertpapierfonds sowie reglementierten offenen Immobilienfonds erworben werden. Je nach Einschätzung der Marktlage kann das Fondsvermögen auch vollständig in einer dieser Fondskategorien angelegt werden. Dabei ist der Anteil von offenen Immobilienfonds auf maximal 10 % des Netto-Fondsvermögens begrenzt.

Des Weiteren kann – ggfs. auch vollständig – das Fondsvermögen in Aktien, Aktienzertifikaten, Wandelschuldverschreibungen, Wandel- und Optionsanleihen oder in Partizipations- und Genussscheinen angelegt werden. Dabei wird auf eine internationale Streuung geachtet.

Das Fondsvermögen kann darüber hinaus in allen anderen zulässigen Vermögenswerten angelegt werden.

Der Fonds folgt einer dynamischen Wertsicherungsstrategie, bei der laufend marktabhängig zwischen der Wertsteigerungskomponente (bestehend aus risikoreicheren Fonds wie z. B. Aktien- und Rohstoffpublikumsfonds nach Teil I des Gesetzes vom 20.12.2002 und zum Teil auch riskantere Rentenfonds bzw. Direktanlagen in risikoreicheren Komponenten wie Aktien und riskanteren Rentenpapieren) und der Kapitalerhaltkomponente (bestehend aus weniger risikoreichen Renten-/Geldmarktpublikumsfonds bzw. Direktanlagen in weniger risikoreichen Renten-/Geldmarktpapieren) umgeschichtet wird. So wird versucht, einen Mindestwert sicherzustellen und zugleich eine möglichst hohe Partizipation an Kurssteigerungen in den Wertsteigerungskomponenten zu erreichen. Ziel ist, dem Anleger eine Partizipation an steigenden Märkten zu erlauben und dennoch gleichzeitig das Verlustrisiko im Fall sinkender Märkte zu begrenzen. Die Absicherung des Mindestwertes bei paralleler Wahrnehmung von Kursgewinnchancen wird durch Umschichtungen zwischen der Wertsteigerungskomponente und der Kapitalerhaltkomponente je nach Marktlage vorgenommen. Bei steigenden Kursen steigt im Allgemeinen auch der Anteil der Wertsteigerungskomponente im Fonds. Im Gegenzug wird der Anteil der Kapitalerhaltkomponente reduziert. In Zeiten fallender Märkte wird demgegenüber der Anteil der Wertsteigerungskomponente reduziert und der Anteil der Kapitalerhaltkomponente erhöht.

Der Fonds verfügt über einen Mechanismus, der am Ende eines jeden Monats einen Mindestwert von 80 % des Netto-Inventarwerts vom letzten Bewertungstag des Vormonats sichert. Der Mechanismus und seine Auswirkung auf den Garantiewert sind unten unter „Garantie“ näher beschrieben.

Um einen Schutz vor extremen Verlusten der risikoreichen Komponenten innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes, in dem es der Gesellschaft nicht möglich ist, entsprechende Gegengeschäfte zu tätigen, zu gewährleisten, legt der Fonds auch regelmäßig in derivative Instrumente an, die in einem solchen Verlustfall die Wertverluste ab einer gewissen Grenze kompensieren. Die Wertentwicklung

des Fonds wird durch die Anlage in solche derivative Instrumente unter normalen Marktumständen nur unwesentlich beeinflusst.

DWS Funds Invest SachwertStrategie

WKN: DWS0DC – ISIN: LU0275643053

Investmentgesellschaft: DWS Funds SICAV (Luxemburg)

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Anlagepolitik

Ziel der Anlagepolitik des Fonds DWS Funds Invest SachwertStrategie ist die Erwirtschaftung einer Wertsteigerung in Euro.

Dabei kann der Fonds in solche Anlagen investieren, die sich nach Ansicht des Fondsmanagements durch einen hohen Ertrags- bzw. Substanzwert auszeichnen. Hierzu können zum Beispiel Kennzahlen wie das Kurs-Buchwert- oder das Kurs-Cash-Flow-Verhältnis und andere zu Hilfe genommen werden.

Weiterhin können Investitionen in Fonds des internationalen Rohstoffbereichs (einschließlich Rohstoffaktien), REIT- und andere Immobilienaktienfonds und Fonds mit Fokus auf Inflationsschutz vorgenommen werden.

Darüber hinaus kann der Fonds auch in alle nachfolgend beschriebenen Anlageklassen investieren.

Der Fonds DWS Funds Invest SachwertStrategie kann in fest- und variabel verzinsliche Wertpapiere, in Aktien, in Anteile an Organismen für gemeinsame Anlagen in Wertpapieren, die von der DWS Investment S.A., der DWS Investment GmbH oder anderen Emittenten aufgelegt wurden, oder börsengehandelten und EU-richtlinienkonformen Fonds (ETF – Exchange Traded Funds) investieren.

Sofern das Fondsvermögen in Anteile an Organismen für gemeinsame Anlagen in Wertpapieren investiert wird, können insbesondere Anteile an in- und ausländischen Aktienfonds, gemischten Wertpapierfonds, Wertpapierrentenfonds, Fonds nach Teil I des Gesetzes vom 20.12.2002, die in den internationalen Rohstoffbereich investieren, geldmarktnahen Wertpapierfonds sowie reglementierte offene Immobilienfonds erworben werden. Je nach Einschätzung der Marktlage kann das Fondsvermögen auch vollständig in einer dieser Fondskategorien angelegt werden. Dabei ist der Anteil von offenen Immobilienfonds auf maximal 10 % des Netto-Fondsvermögens begrenzt. Die Anlage in offene Immobilienfonds ist in die Anlagegrenze des Artikels 2 Absatz B. h) des Allgemeinen Teils des Verkaufsprospekts mit einzubeziehen. Des Weiteren kann – ggfs. auch vollständig – das Fondsvermögen in Aktien, Aktienzertifikaten, Wandelschuldverschreibungen, Wandel- und Optionsanleihen oder in Partizipations- und Genussscheinen angelegt werden. Dabei wird auf eine internationale Streuung geachtet.

Das Fondsvermögen kann darüber hinaus in allen anderen zulässigen Vermögenswerten angelegt werden.

Der Fonds folgt einer dynamischen Wertsicherungsstrategie, bei der laufend marktabhängig zwischen der Wertsteigerungskomponente (bestehend aus risikoreicheren Fonds wie z. B. Aktien- und Rohstoffpublikumsfonds nach Teil I des Gesetzes vom 20.12.2002 und zum Teil auch riskanteren Rentenfonds bzw. Direktanlagen in risikoreicheren Komponenten wie Aktien und riskanteren Rentenzertifikaten) und der Kapitalerhaltkomponente (bestehend aus weniger risikoreichen Renten-/Geldmarktpublikumsfonds bzw. Direktanlagen in weniger risikoreichen Renten-/Geldmarktpapieren) umgeschichtet wird. So wird versucht, einen Mindestwert sicherzustellen und zugleich eine möglichst hohe Partizipation an Kurssteigerungen in den Wertsteigerungskomponenten zu erreichen. Ziel ist, dem Anleger eine Partizipation an steigenden Märkten zu erlauben und dennoch gleichzeitig das Verlustrisiko im Fall sinkender Märkte zu begrenzen. Die Absicherung des Mindestwertes bei paralleler Wahrnehmung von Kursgewinnchancen wird durch Umschichtungen zwischen der Wertsteige-

rungskomponente und der Kapitalerhaltkomponente je nach Marktlage vorgenommen. Bei steigenden Kursen steigt im Allgemeinen auch der Anteil der Wertsteigerungskomponente im Fonds. Im Gegenzug wird der Anteil der Kapitalerhaltkomponente reduziert. In Zeiten fallender Märkte wird demgegenüber der Anteil der Wertsteigerungskomponente reduziert und der Anteil der Kapitalerhaltkomponente erhöht.

Der Fonds verfügt über einen Mechanismus, der am Ende eines jeden Monats einen Mindestwert von 80 % des Netto-Inventarwerts am letzten Bewertungstag des Vormonats sichert. Der Mechanismus und seine Auswirkung auf den Garantiewert sind unten unter Garantie näher beschrieben.

Um einen Schutz vor extremen Verlusten der risikoreichen Komponenten innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes, in dem es der Gesellschaft nicht möglich ist, entsprechende Gegengeschäfte zu tätigen, zu gewährleisten, legt der Fonds auch regelmäßig in derivative Instrumente an, die in einem solchen Verlustfall die Wertverluste ab einer gewissen Grenze kompensieren. Die Wertentwicklung des Fonds wird durch die Anlage in solche derivative Instrumente unter normalen Marktumständen nur unwesentlich beeinflusst.

Garantie für die Fonds DWS Funds Invest ZukunftsStrategie und DWS Funds Invest SachwertStrategie

Die Verwaltungsgesellschaft DWS Investment S.A. garantiert für die Fonds DWS Funds Invest ZukunftsStrategie und DWS Funds Invest SachwertStrategie jeweils, dass der Anteilwert des jeweiligen Fonds zuzüglich etwaiger Ausschüttungen („Garantiewert“) am Ende eines jeden Monats nicht unter 80 % des am letzten Bewertungstag des Vormonats ermittelten jeweiligen Netto-Inventarwertes liegt. Sollte der Garantiewert nicht erreicht werden, wird die DWS Investment S.A. den Differenzbetrag aus eigenen Mitteln in das Fondsvermögen einzahlen. Der Garantiewert wird jeweils am letzten Bewertungstag eines Monats ermittelt und gilt für den letzten Bewertungstag des jeweils folgenden Kalendermonats. Der Garantiewert entspricht 80 % des Netto-Inventarwertes am letzten Bewertungstag des jeweiligen Vormonats. Sobald mit dem Ende eines Monats für den Folgemonat ein neuer Garantiewert ermittelt wurde, verliert der vorherige Garantiewert seine Gültigkeit.

Die Garantie dient ausschließlich einer kurzfristigen Absicherung eines Mindest-Netto-Inventarwertes. Langfristig ergibt sich hieraus keine wirksame Absicherung des Netto-Inventarwertes. Anleger sollten sich bewusst sein, dass die Wertsicherung sich nur auf den Garantiezeitpunkt bezieht. Der Anteilwert kann bis zum jeweiligen Garantiezeitpunkt bei Verkäufen auch unter dem jeweils geltenden Garantieniveau liegen. Sofern steuerliche Änderungen innerhalb des Garantiezeitraums die Wertentwicklung des Fonds negativ beeinflussen, ermäßigt sich die Garantie um den Betrag, den diese Differenz einschließlich entgangener markt- und laufzeitgerechter Wiederanlage pro Anteil ausmacht. Die genaue Höhe des jeweiligen Garantiewertes und der jeweils gültige Garantiezeitpunkt können bei der Verwaltungsgesellschaft und den Zahlstellen erfragt werden und werden in den Halbjahres- und Jahresberichten veröffentlicht.

Die dem Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsvertrag von uns, der AachenMünchener Lebensversicherung AG, garantierten Leistungen bleiben von den o. g. Einschränkungen unberührt.

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 Teilfonds des DWS FlexProfit, dass der Anteilwert des Teilfonds 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 Teilfondsvermögen 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 Teilfonds 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 Teilfonds.

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. Verwaltungsgesellschaften nach luxemburgischem Recht, die anderen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterliegen als deutsche Lebensversicherer.

Aus der Garantiezusage der DWS Investment S.A. im Rahmen der Garantiefonds DWS FlexProfit resultiert bei der fondsgebundenen Rentenversicherung ein bestimmter Mindestwert je Anteilinheit des auf diese Garantiefonds entfallenden Fondsguthabens (Deckungskapital und/oder Überschussguthaben). Inhalt und Umfang der Garantiezusage der DWS Investment S.A. ergeben sich aus deren vorstehender Beschreibung sowie aus dem Verkaufsprospekt der DWS FlexProfit SICAV. Diese Garantiezusage erfasst die aus den Anlagebeträgen gebildeten Anteilheiten dieser Fonds abzüglich hierauf entfallender, dem Deckungskapital ggf. tariflich zu entnehmender Anteilheiten.

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 Anteilheiten. Insbesondere bleibt die tarifliche Entnahme von Anteilheiten aus dem Deckungskapital für evtl. Beträge, die zur Deckung unserer Verwaltungskosten erforderlich sind, unberührt. Diese Entnahme kann dazu führen, dass das auf die Garantiefonds DWS FlexProfit entfallende Deckungskapital nur noch wenige Anteilheiten umfasst und der Geldwert dieses Deckungs-

kapitals trotz des garantierten Mindestwertes je Anteilheit im Verhältnis zu den Anlagebeträgen gering ausfällt.

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

Dachfonds:

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 Aktienfondsanteil 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 maximal 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 mindestens 50 %.

Aktienfonds:

DWS Akkumula ***

WKN 847 402 – ISIN DE0008474024

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

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

DWS Aktien Strategie Deutschland ***

WKN 976 986 – ISIN DE0009769869

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Der DWS Aktien Strategie Deutschland investiert in Aktien aus dem HDAX-Index, d.h. Standardwerte sowie Aktien kleinerer 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 Unternehmen in Emerging Markets, die nach Einschätzung der DWS über eine starke Marktposition und überdurchschnittlich gute Wachstumsperspektiven verfügen. Zu den Risiken einer Anlage in Schwellenländern vgl. Verkaufsprospekt.

DWS European Opportunities ***

WKN 847 415 – ISIN DE0008474156

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

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

DWS Eurovesta ***

WKN 849 084 – ISIN DE0008490848

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 Substanz 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 resultierenden 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 überdurchschnittliche 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, international bekannten deutschen Qualitätsaktien, die sogenannten Blue Chips. Es werden aussichtsreiche Branchen identifiziert und erfolversprechende Werte gekauft.

DWS Osteuropa ****

WKN 974 527 – ISIN LU0062756647

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Der DWS Osteuropa steht für Aktien ausgewählter Unternehmen Mittel- und Osteuropas sowie Russlands und der Türkei. Zu den Risiken aufgrund der Spezialisierung auf einen bestimmten geografischen Bereich vgl. Verkaufsprospekt.

DWS Select-Invest ***

WKN 847 656 – ISIN DE0008476565

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

Titel des DAX-Indexes, daneben in MDAX-, SDAX- und TecDAX-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 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 Deutschland, der Französischen Republik und der Italienischen Republik möglich.

DWS Europa Strategie (Renten) **

WKN 976 977 – ISIN DE0009769778

Kapitalanlagegesellschaft:
DWS Investment GmbH

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

DWS Eurorenta **

WKN 971 050 – ISIN LU0003549028

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

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

DWS 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 Emerging Markets Corporates ****

WKN DWS 00B – ISIN LU0507269834

Verwaltungsgesellschaft:
DWS Investment S.A. (Luxemburg)

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

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 variablem 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 Verkaufsprospekten 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 getätigt werden dürfen, die Finanzinstrumente im Sinne von § 8d Abs. 1 KAGG zum Gegenstand haben. Bei der Auswahl der Anlage-

werte 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 ImmoInvest

WKN 980 230 – ISIN DE0009802306

Kapitalanlagegesellschaft:
SEB Immobilien-Investment Gesellschaft mbH

SEB ImmoInvest ist ein nach dem Absolute-Return-Konzept konzipierter Offener Immobilienfonds. Seit Auflegung des Fonds am 02.05.1989 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 Gebäudemanagements 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 ImmoInvest seit 1995 Marktchancen außerhalb Deutschlands wahr. Den Anlageschwerpunkt bilden Länder des europäischen Wirtschaftsraumes sowie Nordamerika. Seit 2006 investiert SEB ImmoInvest 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 – grundsätzlich vollen – Jahre seit Auflage des Fonds berücksichtigt.

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 Ansparvorganges stärker auswirken als zu Beginn, da sie das gesamte angesparte Fondsguthaben beeinflussen.

Der Rentenfonds DWS Invest Emerging Markets Corporates wurde erst im Laufe des Jahres 2010 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									
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010

Dachfonds mit Garantie

DWS Funds Invest ZukunftsStrategie	Garantiefonds, speziell zugeschnitten auf die Anforderungen der Garantiezusage										+ 12,2
DWS Funds Invest SachwertStrategie	Garantiefonds, speziell zugeschnitten auf die Anforderungen der Garantiezusage										+ 13,7

Garantiefonds

DWS FlexProfit 80	Garantiefonds mit dynamischer Wertsicherungsstrategie in Höhe von 80 % des höchsten erreichten Anteilwertes							+ 2,9	- 14,5	+ 3,5	+ 3,1
DWS FlexProfit 85	Garantiefonds mit dynamischer Wertsicherungsstrategie in Höhe von 85 % des höchsten erreichten Anteilwertes							+ 3,2	- 10,8	+ 3,1	+ 2,8
DWS FlexProfit 90	Garantiefonds mit dynamischer Wertsicherungsstrategie in Höhe von 90 % des höchsten erreichten Anteilwertes							+ 3,0	- 7,0	+ 3,1	+ 2,7

Dachfonds

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

Aktienfonds

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

Fonds	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010

Themenfonds

DWS Bildungsfonds	Festverzinsliche Wertpapiere und ausgewählte Aktien, Deutschland und Eurozone	- 4,6	- 15,8	+ 15,3	+ 6,2	+ 13,7	+ 8,9	+ 5,4	- 22,2	+ 14,6	+ 5,7
DWS Global Metals & Mining Typ O	Aktien, Wandel- und Optionsanleihen von Unternehmen der Rohstoffbranche	+ 3,8	- 14,0	+ 21,6	- 6,0	+ 33,9	+ 10,5	+ 28,0	- 53,3	+ 78,5	+ 23,8
DWS Gold plus	Gold und andere Edelmetalle	+ 5,4	+ 15,2	+ 1,8	+ 18,5	+ 18,5	+ 12,5	+ 19,3	- 9,0	+ 19,6	+ 38,3
DWS Top 50 Asien	50 ausgewählte Aktien aus dem asiatisch-pazifischen Raum	- 1,7	- 17,6	+ 18,6	+ 7,2	+ 47,7	+ 15,8	+ 17,8	- 44,4	+ 48,8	+ 21,5
DWS Top 50 Europa	50 ausgewählte europäische Unternehmen mit „wertorientiertem Management“	- 18,6	- 35,4	+ 20,2	+ 9,5	+ 27,1	+ 17,8	+ 7,0	- 45,1	+ 32,8	+ 22,0
DWS Top 50 Welt	50 ausgewählte „Qualitätstitel“, die von globalen Trends profitieren	- 16,3	- 27,1	+ 9,5	+ 3,0	+ 22,0	+ 2,1	+ 5,5	- 38,3	+ 30,4	+ 13,0

Gemischter Fonds

DWS Sachwerte	Sachwerte										+ 10,1
---------------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

Rentenfonds

DWS Covered Bond Fund	Staatsanleihen und öffentliche Pfandbriefe	+ 5,9	+ 5,5	+ 2,9	+ 3,0	+ 1,6	+ 1,4	+ 2,6	+ 3,7	+ 4,8	- 1,0
DWS Euroland Strategie (Renten)	Euro-Rentenwerte guter Bonität	+ 4,7	+ 7,6	+ 5,3	+ 6,8	+ 3,8	+ 0,3	+ 1,4	- 5,7	+ 13,7	+ 3,3
DWS Europa Strategie (Renten)	Europäische Anleihen und Währungen, Fokus auf dem Thema „Euro“	+ 6,8	+ 7,8	+ 0,9	+ 9,2	+ 6,8	+ 0,3	+ 3,9	- 4,9	+ 9,3	+ 4,5
DWS Eurorenta	Marktbreiter europäischer Rentenfonds	+ 5,6	+ 8,8	+ 1,9	+ 8,4	+ 8,1	+ 0,1	+ 2,6	- 4,6	+ 9,1	+ 2,6
DWS Global-Gov Bonds	Anleihen guter und sehr guter Bonität, vor allem Staatspapiere	+ 8,3	+ 4,3	+ 0,4	+ 4,7	+ 6,6	- 2,8	- 0,9	+ 2,0	+ 4,3	+ 4,9
DWS Inter-Renta	Weltweite Anlage in Renten-Werten	+ 4,2	- 0,5	- 4,8	+ 1,3	+ 8,2	- 5,5	- 3,1	+ 2,6	+ 6,2	+ 8,2
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	+ 0,6
DWS Invest Income Strategie Plus LD	Global anlegender Rentenfonds mit absolutem Renditeziel				+ 1,7	+ 4,3	- 0,6	+ 5,5	- 3,0	+ 6,2	+ 0,7
DWS Vermögensbildungsfonds R	Euro-Anleihen vorwiegend europäischer Emittenten	+ 6,5	+ 8,7	+ 3,8	+ 6,7	+ 3,6	- 0,6	+ 1,4	+ 2,9	+ 7,0	+ 1,5

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	+ 2,2
SEB ImmoInvest	Europa; hochwertige Immobilien in Europa	+ 5,7	+ 5,5	+ 4,6	+ 4,3	+ 4,2	+ 4,2	+ 5,1	+ 5,0	+ 4,1	+ 2,1

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	+ 1,9
--------------------------	--	--	--	--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Spezialitätenfonds

DWS Bonus Aktiv	Bonuszertifikate verschiedener Emittenten, Laufzeiten und Basiswerte							+ 3,1	- 39,3	+ 22,9	+ 3,0
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--------	--------	-------

Geldmarkt-/geldmarktnaher Fonds

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

Geldmarktfonds (nur zur Übertragung von Fondsguthaben bei Fondswechseln)

DWS Geldmarkt Plus	Euro-Geldmarktinstrumente	+ 4,3	+ 3,1	+ 2,4	+ 2,0	+ 2,0	+ 2,7	+ 3,2	- 0,5	- 0,7	+ 0,6
--------------------	---------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

20. Welche Steuerregelungen gelten allgemein für fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB und für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen?

Die nachstehenden Angaben über die Steuerregelungen gelten 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 Oktober 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) Aufgeschobene Leibrenten nach Tarif GRB

Private fondsgebundene Rentenversicherungen nach Tarif GRB gelten steuerlich als „Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht“ (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG – Einkommensteuergesetz). Die Beiträge zu diesen Versicherungen können demnach bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG abgezogen werden.

Laufende Rentenzahlungen aus diesen Versicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG nur mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer; dazu ist tariflich gewährleistet, dass die Garantiezeit der Leibrente kürzer ist als die voraussichtliche durchschnittliche Lebenserwartung der versicherten Person ab Rentenbeginn. Die Höhe des Ertragsanteils hängt vom vollendeten Lebensjahr der versicherten Person bei Rentenbeginn (Rentenbeginnalter) ab. Nachfolgend sind für einige Rentenbeginnalter (in Jahren) die zugehörigen Ertragsanteile beispielhaft angegeben:

Rentenbeginnalter	55	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	70
Ertragsanteil (in %)	26	24	23	22	22	21	20	19	18	18	17	15

Mit dem Ertragsanteil werden nur die Erträge aus den laufenden Renten erfasst; in den Renten enthaltene Erträge, die während der Zeit bis zum Beginn der Rentenzahlung erzielt wurden, bleiben steuerfrei. Werden mit dem Ertragsanteil zu versteuernde Leibrenten nach dem Tod der versicherten Person während einer Garantiezeit weitergezahlt, unterliegen die Renten der Garantiezeit weiterhin mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer.

Kapitaleinkünfte, die bei Tod der versicherten Person vor Beginn der Rentenzahlung erbracht werden, sind stets einkommensteuerfrei. Im Falle der (Teil-)Kapitalabfindung einer Rentenzahlung oder einer Kapitalauszahlung bei Rückkauf ist der Unterschiedsbetrag zwischen der jeweiligen Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Kapitalerträge) einkommensteuerpflichtig. Alle steuerpflichtigen Kapitaleinkünfte im Privatvermögen unterliegen grundsätzlich der so genannten Abgeltungsteuer. Dies bedeutet, dass wir als Schuldner der Kapitalerträge die Steuer einbehalten und an das Finanzamt abführen müssen

und dass damit die zugehörige Steuerschuld grundsätzlich abgegolten ist. Die Abgeltungsteuer setzt sich zusammen aus der Kapitalertragsteuer in Höhe von 25 % und dem hierauf entfallenden Solidaritätszuschlag von 5,5 %. Gehört der Steuerpflichtige einer Religionsgemeinschaft an, können wir auf seinen Antrag hin auch die zugehörige Kirchensteuer einbeziehen. In diesem Fall wird die steuerliche Anerkennung der Kirchensteuer als Sonderausgabe durch eine entsprechende Herabsetzung der Kapitalertragsteuer automatisch berücksichtigt. Die sich insgesamt ergebende Steuerschuld verringert sich oder entfällt sogar ganz, wenn der Steuerpflichtige uns einen Freistellungsauftrag für die Kapitalerträge oder eine Nichtveranlagungsbescheinigung einreicht. Ein Freistellungsauftrag kann bis zur Höhe des so genannten Sparer-Pauschbetrags von 801 € für Ledige bzw. 1.602 € für zusammen veranlagte Ehepaare erteilt werden. Sollte der Steuerpflichtige allerdings einen persönlichen Einkommensteuersatz von weniger als 25 % haben, kann er die einbehaltene Steuer in seiner Einkommensteuererklärung geltend machen und sich die zu viel gezahlte Steuer vom Finanzamt erstatten lassen.

Erfolgt die Kapitalauszahlung nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von 12 Jahren seit Vertragsabschluss, unterliegt nur die Hälfte des Unterschiedsbetrags der Besteuerung, dann allerdings mit dem persönlichen Steuersatz (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG). Auch in einem solchen steuerlich begünstigten Fall sind von uns zunächst 100 % der Kapitalertragsteuer einschließlich des Solidaritäts- und eventuellem Kirchensteuerzuschlags abzuführen. Da dieser Betrag nach dem derzeitigen Stand des Einkommensteuertarifs die tatsächliche Steuerschuld stets übersteigt, ist eine Erstattung der zuviel einbehaltene Steuer im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung möglich.

(2) Erhöhungsversicherungen zu fondsgebundenen Rentenversicherungen Tarif GRB im Rahmen des Dynamikplans sowie aus Sonderzahlungen

Planmäßige Erhöhungen zu fondsgebundenen Rentenversicherungen nach Tarif GRB, die im Rahmen des Dynamikplans D2 erfolgen, unterliegen den gleichen Steuerregelungen wie die Grundversicherung, wobei als Vertragsbeginn der Erhöhungsversicherung steuerlich der ursprüngliche Versicherungsbeginn anzusehen ist. Leistungserhöhungen aus Sonderzahlungen bzw. aus nicht planmäßigen laufenden Beitragserhöhungen gelten steuerlich als neu abgeschlossene Rentenversicherungen nach dem hierfür vorgesehenen Tarif.

(3) Zusatzversicherungen zu Rentenversicherungen nach Tarif GRB

Beiträge, die auf Todesfall-Zusatzversicherungen zu den genannten Rentenversicherungen entfallen, können – wie die Beiträge für die Hauptversicherung – nicht als Sonderausgaben abgezogen werden.

Die Auszahlung der Todesfall-Leistung aus der Todesfall-Zusatzversicherung ist einkommensteuerfrei.

Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Kinderinvaliditäts-, Pflegerenten- und Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen gelten steuerlich als Nebenrisiko. Demnach können die um die Überschussbeteiligung geminderten Beiträge für diese Zusatzversicherungen bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3 a) in Verbindung mit § 10 Abs. 4 EStG).

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

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

Leibrenten aus Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil gemäß

§ 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG der Einkommensteuer. Wie bei den Renten aus der Hauptversicherung hängt die Höhe des Ertragsanteils vom vollendeten Lebensjahr der versicherten Person bei Rentenbeginn ab. Nachfolgend sind für einige weitere Rentenbeginnalter (in Jahren) die zugehörigen Ertragsanteile beispielhaft angegeben:

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

Pflegerenten und sonstige Leistungen aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung sowie Kapitaleistungen aus der Pflege-rentenoptions-Zusatzversicherung sind einkommensteuerfrei.

Im Falle einer einkommensteuerpflichtigen Kapitalauszahlung gehen aus den Zusatzversicherungen, die steuerlich als Nebenrisiko gelten, weder eventuelle Erlebensfall-Leistungen noch die zugehörigen Beitragsteile in die Berechnung der steuerpflichtigen Erträge ein.

B Erbschaftsteuer (Schenkungssteuer)

Ansprüche oder Leistungen aus Rentenversicherungen und evtl. Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer (Schenkungssteuer), wenn sie auf Grund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. auf Grund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

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

C Versicherungssteuer

Beiträge zu Rentenversicherungen und ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen sind in Deutschland von der Versicherungssteuer 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 früheren 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 Versicherungsmissbrauch 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 Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch 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 evtl. 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 Kostenersparnis 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 "Datenübermittlung", 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 Pensord 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 Real Investmentgesellschaft mbH.

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