VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN

Versicherungsbedingungen

Allgemeine Informationen

AUS VERSICHERUNG WIRD VERBESSERUNG

GENERALI

Diese Versicherungsprodukte der Generali erhalten Sie exklusiv bei der

Deutsche Vermögensberatung
Unternehmensgruppe

Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Adenauerring 7, 81737 München
www.generali.de

Versicherungsbedingungen und Informationen für den Versicherungsnehmer

	Seite
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Komponente zum Vermögensaufbau	6
Allgemeine Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Komponenten zur Risikoabsicherung	28
Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung	40
Tarifbestimmungen für die Grundfähigkeits-Versicherung	50
Tarifbestimmungen für die Schwere-Krankheiten-Versicherung	56
Tarifbestimmungen für die Todesfall-Versicherung	62
Tarifbestimmungen für die Pflegerenten-Versicherung	66
Tarifbestimmungen für die Pflegerentenoptions-Versicherung	83
Besondere Bedingungen für die Investition von Anlagebeträgen in Gold bei Rentenversicherungen nach Tarif VAN und VEPN	85
Besondere Bedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan A	88
Besondere Bedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan B	91
Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	93
Bedingungen für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung	105
Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung	112
Bedingungen für die Todesfall-Zusatzversicherung	118
Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung	123
Bedingungen für Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO	141
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Beamte und Richter – Allgemeine Dienstunfähigkeitsklausel	144
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Zeit- und Berufssoldaten der Bundeswehr – Dienstunfähigkeitsklausel für Soldaten	146
Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Heilberufe – Infektionsklausel Heilberufe	148

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Flugbegleiter(innen) – Flugbegleiterklausel 150

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Piloten, Flugingenieure, Bordfunker, Bordwarte oder Flugnavigatoren (Luftfahrer) – Fluguntauglichkeitsklausel 152

Informationen für den Versicherungsnehmer zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN 154

Fondsspezifische Informationen für den Versicherungsnehmer 162

Übersicht der sonstigen Kosten 174

Generali Deutschland Gruppe – Informationen für unsere Kunden über Maßnahmen zum Umgang mit und zur Vermeidung von Interessenkonflikten 175

Datenschutzhinweise 176

Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) 178

Übersicht der Dienstleister der Generali Deutschland Lebensversicherung AG 189

Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung Liste der Dienstleister 191

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die beantragten Leistungen für den Todesfall sowie für den Fall der Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit, soweit eine solche Leistung im Rahmen des beantragten Tarifs vorgesehen ist.

(2) Haben Sie den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung (BUV), einer Grundfähigkeits-Versicherung (GFV), einer Kinderinvaliditäts-Versicherung (KIV) oder einer Pflegerentenversicherung (PRV), den Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV), einer Grundfähigkeits-Zusatzversicherung (GFZV) oder einer Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZ) beantragt und tritt eine Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer jeweils maßgebenden Versicherungsbedingungen während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes ein, erbringen wir die beantragten Leistungen nur, wenn

a) die Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall, den die zu versichernde Person erleidet, verursacht wird, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, und uns die Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit innerhalb von drei Monaten nach dem erlittenen Unfall in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) angezeigt worden ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Nicht als Unfälle gelten Schlaganfälle und solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, sowie Gesundheitsschädigungen durch medizinische Heilmaßnahmen und Operationen. Ausgeschlossen sind Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, und zwar auch dann, wenn sie durch Trunkenheit verursacht worden sind, sowie Unfälle bei Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten.

b) der Vertrag, gegebenenfalls einschließlich einer Zusatzversicherung, zustande gekommen ist und zum Zeitpunkt der Anzeige der Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit noch besteht. In jedem Fall enden die Leistungen spätestens mit dem Ablauf der für den beantragten Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungsdauer.

(3) Für unsere Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes gelten einschließlich eines eventuellen Kundenbonus sowie einer eventuellen Bonusrente aus der Überschussbeteiligung folgende Begrenzungen, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben oder wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind:

a) Als Todesfall-Leistung zahlen wir höchstens 150.000 €.

b) Die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit oder Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gilt höchstens für einen anfänglichen jährlichen Beitrag von 6.000 €; sind Versicherungsleistungen für einen höheren Beitrag beantragt, ist von Ihnen der übersteigende Beitragsteil zu entrichten. Beitragsfreie Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans als zusätzliche Leistung des BU(Z)V-Tarifs I oder W bzw. des GF(Z)V-Tarifs G sind auf einen jährlichen Dynamik-Prozentsatz von 6 % begrenzt.

c) Die monatliche Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Invaliditäts- oder Pflegerente beträgt höchstens 1.500 €.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

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

b) uns ein SEPA-Lastschriftmandat zum Beitragseinzug erteilt worden ist;

c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;

d) Ihr Antrag nicht von den von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;

e) die zu versichernde Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr (bei der Kinderinvaliditäts-Versicherung oder Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung den 4. Lebensmonat) bereits vollendet und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;

f) der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem 3. Tag nach der Unterzeichnung des Antrags.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;

b) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;

c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht haben;

d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;

e) der Einzug des Erstbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

(3) Der vorläufige Versicherungsschutz tritt rückwirkend außer Kraft, wenn

a) der Einzug des Erstbeitrags nicht möglich war und der Versicherungsnehmer dies zu vertreten hat oder

b) der Versicherungsnehmer dem Einzug widersprochen hat.

(4) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalls nur mitursächlich geworden sind.

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

(3) Weitere Einschränkungen und Ausschlüsse sind vereinbart mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den beantragten Versicherungsvertrag und – beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – den jeweiligen Tarifbestimmungen der Komponenten zur Risikoabsicherung, sowie gegebenenfalls den Besonderen Bedingungen für eine mitbeantragte Zusatzversicherung (siehe § 6 Abs. 1).

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

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

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

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

(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

§ 7 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Komponente zum Vermögensaufbau

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Leistung

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Können Sie den Rentenbeginn flexibel gestalten?	§ 3
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 4
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 5
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 6
Wer erhält die Leistung?	§ 7
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 8
Sie wollen eine Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden Renten?	§ 9
Zu welchen Anlässen können Sie die Leistungen Ihrer Versicherung ohne Gesundheitsprüfung anpassen?	§ 10

Beitrag

Wie verwenden wir Ihre Beiträge?	§ 11
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§ 12
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 13
Können Sie die Leistungen durch Sonderzahlungen oder durch eine Aufstockung des laufenden Beitrags erhöhen?	§ 14

Besonderheiten der Fondsanlage

Wie berechnet sich der Wert der auf das Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrags entfallenden Anteileinheiten?	§ 15
Können Sie die Aufteilung der Anlagebeiträge auf fondsgebundenes und nicht fondsgebundenes Guthaben ändern oder Guthaben umschichten? Was bedeutet das Fonds-Einstiegsmanagement oder Fonds-Ausstiegsmanagement?	§ 16
Können Sie die Aufteilung der fondsgebundenen Anlagebeträge (Fonds-Anlagesplitting) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel)?	§ 17
Was geschieht, wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilen einstellt?	§ 18

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag ganz oder teilweise kündigen und welche Leistungen erbringen wir?	§ 19
Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?	§ 20
Wie werden die Kosten Ihres Versicherungsvertrags verrechnet?	§ 21

Sonstige Vertragsbestimmungen

Sie wollen ein Policendarlehen?	§ 22
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 23
Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	§ 24
Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	§ 25
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 26
Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?	§ 27
Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?	§ 28
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 29

Kurze Erläuterung einiger wichtiger Begriffe

Vorab erläutern wir Ihnen kurz die wichtigsten in diesen Versicherungsbedingungen verwendeten Begriffe.
Diese Erläuterung ist nicht abschließend. Für den Vertragsinhalt sind nur die Versicherungsbedingungen maßgeblich.

Allgemeine Begriffe:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Produktspezifische Begriffe:

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

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

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

- **Fondsguthaben**
  Das Fondsguthaben wird in Wertpapieren der gewählten Fonds angelegt und entspricht dem Geldwert der vorhandenen Anlagestöcke. Bei mehreren Anlagestöcken ist es aufgeteilt in entsprechende Teil-Fondsguthaben.
- **Nicht fondsgebundenes Guthaben**
  Das nicht fondsgebundene Guthaben wird in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt.

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

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

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

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

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Bei der Komponente zum Vermögensaufbau handelt es sich um eine

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

(1) Vorgezogene Teilrenten / Rentenzahlung

Vor dem Rentenbeginn können bis zu acht vorgezogene Teilrenten in Anspruch genommen werden. Diese können mit Frist von einem Monat jeweils zum Monatsanfang, frühestens jedoch zu Beginn des dritten Versicherungsjahres*), beantragt werden. Wird eine vorgezogene Teilrente in Anspruch genommen, wird von dem zum jeweiligen Rentenbeginn einer Teilrente (Teilrententermin) vorhandenen Anlagevermögen der gewünschte Prozentsatz bzw. der gewünschte Betrag (mindestens 1 % des Anlagevermögens) als Teilkapitalabfindung entnommen und zur Bildung einer Teilrente verwendet (Absatz 4b bis 4e) oder ausgezahlt (Absatz 6). Das Anlagevermögen setzt sich zusammen aus dem Geldwert des Fondsguthabens sowie dem Guthaben in unserem sonstigen Sicherungsvermögen (nicht fondsgebundenes Guthaben). Die Höhe einer vorgezogenen Teilkapitalabfindung ist auf 90 % des Anlagevermögens (ohne Sicherheitsreserve und ohne den ihr entsprechenden Teil des Fondsguthabens) sowie auf den Rückkaufswert zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme (siehe § 19) begrenzt; auch die gebildete Sicherheitsreserve selbst und der ihr entsprechende Teil des Fondsguthabens müssen erhalten bleiben. Die Rente wird aus dem Anlagevermögen, welches nach möglichen Entnahmen für die Teilrenten noch verbleibt, gebildet. Wenn die versicherte Person den jeweiligen Beginn der Teilrente bzw. der Rente erlebt, zahlen wir die Teilrenten sowie die Rente monatlich bis zum Tod der versicherten Person, mindestens jedoch bis zum jeweiligen Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diese Rentenzahlungstermine erlebt.

(2) Fondsguthaben und nicht fondsgebundenes Guthaben

Vor dem Rentenbeginn sind Rentenversicherungen nach Tarif VAN mit ihrem Fondsguthaben unmittelbar an der Wertentwicklung eines oder mehrerer besonderer Vermögen (Anlagestock / Anlagestöcke) entsprechend der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung beteiligt. Die Anlagestöcke werden in einer oder mehreren gesonderten Abteilungen unseres Sicherungsvermögens gesondert von unserem sonstigen Sicherungsvermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteileinheiten aufgeteilt. Das Fondsguthaben Ihrer Rentenversicherung ergibt sich aus dem Wert der auf Ihre Rentenversicherung entfallenden Anteileinheiten pro Anlagestock (Teil-Fondsguthaben). Soweit von Ihnen gewählt, werden Beitragsteile nicht in einem der Anlagestöcke, sondern in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt (nicht fondsgebundenes Guthaben, siehe § 11 Abs. 1). Für das sonstige Sicherungsvermögen garantieren wir eine Verzinsung von jährlich 0,9 % (Rechnungszins).

Für die Aufteilung einer Teilkapitalabfindung gemäß Absatz 1 ist grundsätzlich das Verhältnis der einzelnen Guthaben (Geldwerte der Teil-Fondsguthaben sowie nicht fondsgebundenes Guthaben) maßgebend. Auf Ihren Antrag hin wird die Teilkapitalabfindung Ihren Wünschen entsprechend – sofern ihr Geldwert hierfür ausreicht – auf einzelne Fonds bzw. das nicht fondsgebundene Guthaben aufgeteilt, der evtl. Rest anteilig auf die übrigen Fonds und das nicht fondsgebundene Guthaben. Mit Beginn der Rentenzahlung wird dabei der auf eine in Anspruch genommene Teilrente entfallende fondsgebundene Anteil den Anlagestöcken entnommen und neben dem nicht fondsgebundenen Guthaben in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt.

(3) Risiko bei fondsgebundenem Anlagevermögen

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

(4) Rentenhöhe, Rentengarantie

a) Das im Antrag bzw. im Versicherungsschein für das nicht fondsgebundene Guthaben genannte garantierte Kapital bei Rentenbeginn bleibt nur gültig, wenn Sie bis dahin keine Änderung der Aufteilung der Anlagebeiträge gemäß § 16 Abs. 1 und keine Umschichtung von Guthaben gemäß § 16 Abs. 2 vornehmen und wenn Sie weder eine Teilrente, eine Teilkapitalabfindung, eine Zeitrente (siehe § 3 Abs. 2), das Fonds-Einstiegsmanagement (siehe § 16 Abs. 3) noch das Fonds-Ausstiegsmanagement (siehe § 16 Abs. 3) in Anspruch nehmen.

b) Die Höhe der Rente wird aus dem zum Rentenbeginn vorhandenen Anlagevermögen ermittelt. Die Höhe einer Teilrente wird entsprechend dem gewählten Prozentsatz bzw. dem gewählten Betrag aus dem zum jeweiligen Teilrentenbeginn vorhandenen Anlagevermögen ermittelt.

c) Auf dieser Basis wird eine ab dem jeweiligen Rentenbeginn garantierte, konstante Rente bzw. Teilrente im Sinne von Absatz 1 gezahlt.

d) Die Rente und jede evtl. Teilrente erreicht mindestens 85 % des Betrages, der sich ergibt, wenn wir bei ihrer Ermittlung die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung wie bei Vertragsbeginn zugrunde legen. Liefern die Annahmen zur künftigen Lebenserwartung, die wir bei Beginn der Rentenzahlung für neu abzuschließende gleichartige Rentenversicherungen zugrunde legen, eine höhere Rente, so gilt für Ihren Vertrag diese höhere Rente.

e) Ab Rentenbeginn zahlen wir mindestens die Rente, die sich aus dem dann zu verrentenden Anlagevermögen einschließlich des Überschussanteils zum Rentenbeginn gemäß § 2 Abs. 5, des Schlussüberschussanteils gemäß § 2 Abs. 7 sowie der ggf. zugeteilten Bewertungsreserven gemäß § 2 Abs. 2c bzw. § 2 Abs. 8 und der bereits zu Versicherungsbeginn „garantierten Rente je 10.000 € des Anlagevermögens“ (Rentenfaktor) ergibt. Diese Garantie gilt für die Rente zu den im Antrag für einen VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN (nachfolgend „Antrag“ genannt) angegebenen Terminen. Für Teilrententermine und Termine für den Rentenbeginn innerhalb der Verfügungs- oder Verlängerungsphase (siehe § 3) garantieren wir ebenfalls ab Versicherungsbeginn Rentenfaktoren, die wir Ihnen auf Wunsch gerne mitteilen. Die vorstehenden Ausführungen zum garantierten Rentenfaktor gelten hierfür in gleicher Weise. Die Höhe des Rentenfaktors ist abhängig vom Rentenbeginntermin.

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

(5) Rentenzahlungsweise, Rentengarantiezeit

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

(6) Kapitalabfindung

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

(7) Todesfall-Leistung

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

(8) Auszahlungsform für die Todesfall-Leistung

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

(9) Leistung in Wertpapieren

Die bei Tod vor dem Rentenbeginn fällige Todesfall-Leistung sowie die Kapitalabfindung bzw. Teil-Kapitalabfindung erbringen wir – soweit es sich hierbei um Fondsguthaben handelt – nach Wahl des Anspruchsberechtigten als Geldleistung oder in Wertpapieren der Anlagestöcke. Bei einer Übertragung von Wertpapieren ist für die Bemessung der Anzahl der Wertpapiere der Geldwert des Fondsguthabens (siehe § 15) maßgebend. Dieser Wert verringert sich noch um die Übertragungskosten in Höhe von 25 €. Ein Fondsguthaben bis zu einem Wert von 500 € erbringen wir als Geldleistung. Zur Ausübung seines Wahlrechts werden wir den Anspruchsberechtigten auffordern. Wenn der Anspruchsberechtigte nicht innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Aufforderung die Leistung in Wertpapieren verlangt, zahlen wir die Versicherungsleistung als Geldleistung aus.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Worauf basiert die Überschussbeteiligung?

a) Soweit es sich um Fondsguthaben handelt, ist für den Ertrag des Versicherungsvertrages vor Rentenbeginn die Entwicklung der Sondervermögen (Anlagestock/Anlagestöcke) entscheidend, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (siehe § 1 Abs. 2). Darüber hinaus beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Auf Fondsguthaben fallen keine Bewertungsreserven an.

b) Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und stellen sie jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses fest. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven weisen wir dabei im Anhang des Geschäftsberichtes aus. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Nachfolgend erläutern wir Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3),
- wie die Überschussanteile vor Beginn einer Rentenzahlung ermittelt und verwendet werden (Absatz 4 bzw. 5),
- wie die Überschussanteile nach Beginn einer Rentenzahlung ermittelt und verwendet werden (Absatz 6),
- wann ein Schluss-Überschussanteil fällig werden kann (Absatz 7),
- wann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig werden kann (Absatz 8),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 9).

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

Dazu erklären wir Ihnen

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese zuordnen (c).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) Kapitalerträge

Sofern Anlagevermögen in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt wird (nicht fondsgebundenes

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

(bb) Risikoergebnis

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

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

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

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

- einen drohenden Notstand abzuwehren,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung**) zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

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

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Versicherungsvertrags?

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

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

a) Vor dem Rentenbeginn erhalten Sie – für den Teil des nicht fondsgebundenen Anlagevermögens Ihrer Versicherung, der nicht auf laufende Teilrenten entfällt – als Überschussbeteiligung monatliche Zins-Überschussanteile. Die Zins-Überschussanteile teilen wir zum Ende eines jeden Versicherungsmonats, erstmals zum Ende des 13. Versicherungsmonats, zu. Der Zins-Überschussanteil wird im Verhältnis zum überschussberechtigten Guthaben bemessen. Als überschussberechtigtes Guthaben gilt grundsätzlich das zum Monatsbeginn vorhandene nicht fondsgebundene Guthaben. Wird dieses durch Umschichtung gemäß § 16 Abs. 2 im Monatsverlauf unterschritten, gilt der im Monat erreichte niedrigste Wert als überschussberechtigtes Guthaben.

b) Auf das Fondsguthaben erhalten Sie als Überschussbeteiligung monatliche Kosten-Überschussanteile. Die Kosten-Überschussanteile teilen wir zum Ende eines jeden Versicherungsmonats zu, erstmals zum Ende des 13. Versicherungsmonats. Dieser Kosten-Überschussanteil wird im Verhältnis zu dem zum Zuteilungszeitpunkt vorhandenen Fondsguthaben bemessen.

c) Zusätzlich erhalten Sie bei beitragspflichtigen Versicherungen jährliche Kosten-Überschussanteile jeweils auf die mit den Anteilen für die nicht fondsgebundene und die fondsgebundene Anlage (siehe § 11 Abs. 1) gewichtete maßgebende Beitragssumme. Diese Kosten-Über-

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

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

Die Überschussanteile gemäß Absatz 4a sowie die Überschussanteile gemäß Absatz 4c, die auf die mit dem Anteil für die nicht fondsgebundene Anlage gewichtete Beitragssumme bezogen werden, werden verzinslich angesammelt (Ansammlungsguthaben). Die Überschussanteile gemäß Absatz 4b sowie die übrigen jährlichen Überschussanteile gemäß Absatz 4c rechnen wir entsprechend der für das Fonds-Anlagesplitting vereinbarten prozentualen Aufteilung (siehe § 17 Abs. 1) in Anteileinheiten der zugehörigen Anlagestöcke um und schreiben sie dem Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrags gut, wobei wir die am Stichtag des Monats festgestellten Werte der Anteileinheiten zugrunde legen (siehe § 15 Abs. 1). Einzelheiten zur Aufteilung der dem Fondsguthaben zuzuführenden Überschussanteile auf die zugrunde liegenden Fonds sowie zu den Anlagestöcken finden Sie in den §§ 15 und 17. Der entsprechende Überschussanteil zum Rentenbeginn wird nicht mehr in Anteileinheiten umgerechnet, es sei denn, dass eine Kapitalabfindung in Wertpapieren (siehe § 1 Abs. 9) verlangt wird.

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

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

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

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

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

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

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

a) Bei vollständiger Inanspruchnahme des für die Rente verfügbaren Anlagevermögens, bei vorherigem Tod der versicherten Person sowie bei einer Kündigung mit vollständiger Auszahlung des Auszahlungsbetrags (§ 19 Abs. 2) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallende Teilbetrag wird verrentet (siehe § 1 Absatz 4e) oder ausgezahlt. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven wird aber nur fällig, sofern Teile des Anlagevermögens in unserem sonstigen Sicherungsvermögen vorhanden sind oder waren. Voraussetzung ist ferner, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Während 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 Absatz 6a).

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

(9) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor vor Rentenbeginn ist dabei die Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Sofern nicht fondsgebundenes Anlagevermögen vorhanden ist sowie nach Rentenbeginn treten die Erträge aus dem sonstigen Sicherungsvermögen hinzu. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

§ 3 Können Sie den Rentenbeginn flexibel gestalten?

(1) Sie können verlangen, dass der Beginn der Rentenzahlung auf einen Monatsersten innerhalb der sogenannten Verfügungsphase Ihres Versicherungsvertrags vorverlegt wird. Bei einer Vorverlegung des Rentenbeginns wird der vereinbarte Rentenfaktor herabgesetzt. Die Verfügungsphase beginnt zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der auf den Ablauf der Beitragszahlungsdauer folgt. Sie beginnt jedoch frühestens nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres. Auf jeden Fall können Sie ab dem Zeitpunkt, an dem die restliche Dauer bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung noch fünf Jahre beträgt, verlangen, dass der Rentenbeginn unter Herabsetzung des vereinbarten Rentenfaktors auf einen Monatsersten vorverlegt wird. Sofern in diesem Fall der Rentenbeginn vor dem Beginn der Verfügungsphase liegt, wird von dem für die Bildung der Rente vorhandenen Anlagevermögen ein Abzug in Höhe des Abzugs bei Kündigung (siehe § 19 Abs. 4) einbehalten.

(2) Sofern vor Beginn der Rentenzahlung für den Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer oder infolge vorzeitiger Beitragsfreistellung (siehe § 20) keine Beiträge mehr zu zahlen sind – jedoch frühestens zwei Jahre nach Vertragsbeginn und höchstens 20 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn –, können Sie verlangen, dass wir bis zum Zeitpunkt des vereinbarten Beginns der (lebenslangen) Rente (siehe § 1 Abs. 1) eine monatliche Zeitrente in gleich bleibender Höhe zahlen. Die Zeitrente erbringen wir zunächst nur aus dem nicht fondsgebundenen Guthaben Ihres Vertrags. Ist dieses aufgebraucht, erfolgt die Zahlung aus dem Fondsguthaben. Den Anteil des nicht fondsgebundenen Guthabens können Sie durch eine Umschichtung von Fondsguthaben gemäß § 16 Abs. 2 auch kurz vor Beginn der Zeitrentenzahlung noch erhöhen oder vermindern. Die Zeitrente zahlen wir unabhängig von Tod oder Leben der versicherten Person. Aus dem bei Ablauf der Zeitrente noch vorhandenen Anlagevermögen bilden wir die lebenslange Rente gemäß § 1 Abs. 1, sofern die versicherte Person den hierfür vereinbarten Beginn erlebt. Die Zeitrentenzahlung ist nicht möglich bzw. endet vorzeitig, wenn das Anlagevermögen Ihres Vertrages 1.500 € unterschreitet, etwa infolge der bereits erbrachten Zeitrenten, einer von Ihnen gewünschter (lebenslangen) (Teil-)Rente (§ 1 Abs 1), deren Kapitalabfindung (§ 1 Abs. 6) oder wenn Sie den Vertrag kündigen (§ 19 Abs. 1).

(3) Sofern die bei Vertragsbeginn vereinbarte Dauer bis zum Beginn der Rentenzahlung mindestens zwölf Jahre beträgt und bei ihrem Ablauf die versicherte Person mindestens 62 Jahre alt ist bzw. sein wird, können Sie bis zu einem Monat vor dem vereinbarten Rentenbeginn einmalig verlangen, dass die Dauer bis zum vereinbarten Rentenbeginn um bis zu zehn Jahre verlängert wird – höchstens bis zum Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet – (Verlängerungsphase), insbesondere um die Auszahlungsmöglichkeit gemäß Absatz 2 nutzen bzw. über einen längeren Zeitraum nutzen zu können. Dabei kann jedoch eine Verkürzung der bisher vereinbarten Rentengarantiezeit (siehe § 1 Abs. 1) erforderlich werden. Eine Verlängerung der Beitragszahlungsdauer ist bei Nutzung der Auszahlungsmöglichkeit gemäß Absatz 2 nicht möglich. Eine Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Schwere-Krankheiten- oder Todesfall-Zusatzversicherung sowie Komponenten zur Risikoabsicherung können generell nicht verlängert werden.

(4) Basis für die Ermittlung der Rente sind die Rechnungsgrundlagen bei Vertragsabschluss, das erreichte Alter der versicherten Person, der für den vorverlegten oder verschobenen Rentenbeginntermin maßgebende Rentenfaktor und das Anlagevermögen, das zum Rentenbeginntermin vorhanden ist (siehe § 1 Abs. 4b). Die Rente muss die Mindestrente von jährlich 300 € bzw. – bei unterjährlicher Rentenzahlung – die Mindest-Rentenrate von 25 € erreichen.

(5) Mit Beginn der vorverlegten Rentenzahlung gemäß Absatz 1 entfällt die Beitragszahlungspflicht, sofern der Versicherungsvertrag noch beitragspflichtig ist. Zudem entfallen künftige Teilrententermine. Gleichzeitig erlischt eine etwa eingeschlossene Schwere-Krankheiten-, Todesfall-, Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung. Ansprüche aus einer Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung, die bereits vor einem vorverlegten Rentenbeginn entstanden sind, bleiben unberührt. Vertragskomponenten zur Risikoabsicherung bleiben von der Vorverlegung des Rentenbeginns unberührt.

(6) Anstelle einer Rentenzahlung gemäß Absatz 1 oder 3 können Sie eine einmalige Kapitalabfindung beantragen. Ihr Kapitalwahlrecht können Sie mit Frist von einem Monat für einen Zeitpunkt der Verfügungs- bzw. Verlängerungsphase ausüben. Als Kapitalabfindung zahlen wir das zum von Ihnen gewählten Termin vorhandene Anlagevermögen. § 1 Abs. 9 sowie § 15 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend. Mit der Kapitalabfindung endet der Versicherungsvertrag, sofern keine laufenden Teilrenten bestehen.

(7) Bei Inanspruchnahme der Rente gemäß Absatz 1 kann das zum gewählten Rentenbeginn vorhandene Anlagevermögen wahlweise insgesamt oder – auch mehrfach – teilweise verrentet werden, sofern hierfür die in Absatz 4 genannte Mindestrente erreicht und gleichzeitig der übrig bleibende Teil des Anlagevermögens einen Wert von mindestens 1.000 € aufweist. Unter Berücksichtigung der in der weiteren Laufzeit monatlich anfallenden Beträge zur Deckung unserer Kosten wird dieser Teil des Anlagevermögens – sofern fondsgebunden – in Anteileinheiten weitergeführt bzw. – sofern nicht fondsgebunden – weiter verzinst. Aus dem hieraus resultierenden Anlagevermögen wird danach, spätestens für den Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, eine weitere Rente gebildet. Auch in diesem Fall können Sie mit Frist von einem Monat für einen Zeitpunkt der Verfügungs- bzw. Verlängerungsphase anstelle der weiteren Rente eine Kapitalabfindung in Höhe des zum Termin der Kapitalabfindung vorhandenen Anlagevermögens wählen. § 1 Abs. 9 sowie § 15 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unse-

re Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 12 Abs. 2 und § 13).

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

(1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person sowie die Auskunft nach § 18 vorgelegt werden.

(2) Vor jeder Rentenzahlung oder Kapitalabfindung können wir auf unsere Kosten eine amtliche Bescheinigung darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

(3) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden.

(4) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht.

(5) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 4 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(6) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr. Bei Leistungen in Wertpapieren hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Bei einer Übertragung von Wertpapieren in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 6 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 7 Wer erhält die Leistung?

(1) Leistungsempfänger

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

(2) Bezugsberechtigung

Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter). Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

(3) Abtretung und Verpfändung

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

(4) Anzeige

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständige Beantwortung der Fragen verpflichtet.

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten

können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

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

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 19 Absätze 3 bis 5; die Regelung des § 19 Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 20 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 12 Absatz 2) Vertragsbestandteil.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

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

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrags

(18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

Nach Zahlungsbeginn einer in Anspruch genommenen vorgezogenen Teilrente sowie der Rente können Sie während der Garantiezeit der jeweiligen Rente (siehe § 1 Abs. 1) die Auszahlung der mit jährlich 0,9 % (bei Erhöhungsversicherungen gemäß § 14 mit dem ggf. abweichenden Rechnungszins) auf den Auszahlungstermin diskontierten, bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Renten – ganz oder teilweise – beantragen. Bei einer teilweisen Abfindung muss die verbleibende Rente einen jährlichen Mindestbetrag von 300 € erreichen. Auf Antrag des Anspruchsberechtigten bilden wir aus dem Abfindungsbetrag eine sofort beginnende Rentenversicherung auf sein Leben, sofern die Rente einen jährlichen Mindestbetrag von 300 € erreicht. Bei der Berechnung dieser Rente werden wir den Rechnungszins sowie die Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir bei

Beginn dieser Rentenzahlung bei neu abzuschließenden Rentenversicherungen ansetzen. Die Renten, die nach Ablauf der Rentengarantiezeit fällig werden, werden durch die Abfindung in ihrer garantierten Höhe nicht berührt. Die Abfindung der bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Renten kann vom Anspruchsberechtigten auch noch nach dem Tod der versicherten Person beantragt werden.

§ 10 Zu welchen Anlässen können Sie die Leistungen Ihrer Versicherung ohne Gesundheitsprüfung anpassen?

Anpassungsgarantie für natürliche Personen als Versicherungsnehmer

(1) Sofern nach Vertragsbeginn eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse für die versicherte Person eintritt, haben Sie – allerdings nur vor dem Rentenbeginn – 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
- Tod des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners
- Geburt eines Kindes
- Adoption eines Kindes
- Baubeginn oder Kauf einer Wohnimmobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifikation (zum Beispiel Facharztausbildung, Master, Staatsexamen); dies gilt für Akademiker, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, die ihrer Ausbildung entspricht

Das Erhöhungsrecht steht Ihnen innerhalb von sechs Monaten ab dem jeweiligen Zeitpunkt zu.

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.

(2) Unabhängig von den oben beschriebenen Ereignissen haben Sie alle fünf Jahre ab dem Versicherungsbeginn das Recht, zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel die bei Vertragsabschluss vereinbarten Versicherungsleistungen ohne (erneute) Gesundheitsprüfung gegen entsprechende Beitragszahlung zu erhöhen.

Hierbei muss Ihr Erhöhungswunsch vor dem oben genannten Versicherungsjahreswechsel bei uns eingegangen sein.

Keine Anpassungsgarantie

(3) Die Anpassungsgarantie besteht nicht bzw. erlischt, wenn

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

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

Gegenstand und Umfang der Leistungsanpassung

(4) Die Leistungsanpassung erfolgt – soweit tariflich und auf Grund der gesetzlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihrer bestehenden Versicherung, ansonsten oder auf Ihren Wunsch durch Abschluss einer zusätzlichen Versicherung im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten. Im letzteren Falle handelt es sich um eine neue Versicherung mit eigenen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs. Die neue Versicherung wird für dieselbe versicherte Person wie bei der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen, wobei die Dauer bis zum Rentenbeginn 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 (§ 8) finden auch auf die neue Versicherung Anwendung. Solange wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom ursprünglichen Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder ändern oder den ursprünglichen Vertrag wegen Anfechtung aufheben können, haben wir dieses Recht auch für die Leistungsanpassung.

Versicherung einer Todesfall-Leistung

(5) 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. Bei Ihrem Erhöhungsrecht gemäß Absatz 2 kann – vorbehaltlich der Einschränkung in Absatz 6 – eine Todesfall-Leistung von bis zu 25.000 € gegen entsprechende Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung versichert werden.

(6) 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, ein evtl. Kundenbonus aus der Überschussbeteiligung sowie evtl. Hinterbliebenenrenten angerechnet. 25.000 € Todesfallschutz entsprechen hierbei einer jährlichen Hinterbliebenenrente von 1.000 €. Bei den Höchstsummen ebenfalls angerechnet

werden Versicherungssummen von Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherungen im Sinne von Absatz 10.

Erhöhung des Berufsunfähigkeitsschutzes oder des Versicherungsschutzes einer Grundfähigkeitsabsicherung

(7) Ist in Ihre Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV) oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung (GFZV) zur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. bei Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person eingeschlossen, kann eine solche BUZV (bei eingeschlossener BUZV) oder GFZV (bei eingeschlossener GFZV) auch in die Leistungsanpassung einbezogen werden. Darüber hinaus kann – zusätzlich zu der Beitragsbefreiung –, sofern kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist, bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie im Rahmen Ihres Erhöhungsrechtes gemäß Absatz 2 eine Berufsunfähigkeitsrente (bei eingeschlossener BUZV) bzw. Grundfähigkeitsrente (bei eingeschlossener GFZV) (mit)versichert bzw. eine bestehende Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsrente – auch für sich alleine – erhöht werden. Die Erhöhung der jährlichen Versicherungsleistung für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit darf dabei maximal 3.600 €, innerhalb von fünf Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 € betragen. Hierbei werden die hinzukommenden Versicherungsleistungen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit berücksichtigt. Bei den vorgenannten Höchstsummen werden als Versicherungsleistung angerechnet

- die jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente oder Grundfähigkeitsrente einschließlich einer evtl. Bonusrente und eines evtl. Kundenbonus aus der Überschussbeteiligung sowie
- der auf kapitalbildende Versicherungen entfallende Beitrag für ein Jahr, sofern hierfür die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit oder bei Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person versichert ist.

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

Umtausch einer Grundfähigkeits-Zusatzversicherung in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung

(9) Unabhängig von den in Absatz 1 beschriebenen Ereignissen und unabhängig von Ihrem Erhöhungsrecht gemäß Absatz 2 haben Sie – vorbehaltlich von Absatz 3 – als besondere Form der Anpassungsgarantie die Möglichkeit, eine evtl. eingeschlossene Grundfähigkeits-Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung umzutauschen. Voraussetzung für einen solchen Umtausch ist, dass

- wir der versicherten Person bei Vertragsabschluss der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung aufgrund der Gesundheitsprüfung auch Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit bieten könnten und das Umtauschrecht deshalb nicht ausschließen,
- das Umtauschrecht von Ihnen nicht bereits bei der Antragstellung ausgeschlossen wird,
- die versicherte Person zum vorgesehenen Umtauschzeitpunkt einen im Rahmen unserer Berufsunfähigkeitsabsicherung versicherbaren Beruf ausübt und
- die versicherte Person zum Umtauschzeitpunkt nicht berufsunfähig ist.

Das Recht auf Umtausch können Sie zum fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns sowie bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums durch die versicherte Person ausüben. Dabei können Sie eine Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gegen entsprechende Beitragszahlung in eine im Rahmen unserer Produktpalette verfügbare Berufsunfähigkeitsabsicherung (selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung) für die versicherte Person mit gleicher oder geringerer künftiger Rente (einschließlich einer evtl. Beitragsbefreiungsrente für die Rentenversicherung) umtauschen. Die Versicherungs-, Leistungs- und Beitragszahlungsdauern werden dabei im Rahmen der zum Umwandlungszeitpunkt verfügbaren Absicherungen festgelegt. Die Versicherungs- und die Leistungsdauer dürfen dabei die restliche Versicherungs- bzw. Leistungsdauer der bisherigen Absicherung nicht übersteigen. Bei einer Grundfähigkeits-Zusatzversicherung mit erhöhter Grundfähigkeitsrente bei Eintritt einer Beeinträchtigung einer versicherten körperlichen Grundfähigkeit in den ersten fünf Jahren (Startervariante) kann bei Umtausch innerhalb dieser ersten fünf Jahre die Berufsunfähigkeitsrente höchstens die Hälfte der zu diesem Zeitpunkt versicherten Grundfähigkeitsrente betragen. Bei Umtausch ab Beginn des sechsten Jahres kann die Berufsunfähigkeitsrente höchstens so hoch sein wie die dann tatsächlich versicherte Grundfähigkeitsrente (ggf. einschließlich jener, die sich aus der Beitragserhöhung für die Grundfähigkeitsrente zu Beginn des sechsten Jahres ergibt). Für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung. Den Umtausch können Sie spätestens einen Monat vor dem fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns bzw. spätestens innerhalb von sechs Monaten nach der erstmaligen Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums durch die versicherte Person beantragen. Als Voraussetzung für den Umtausch bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit 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 Grundfähigkeits-Zusatzversicherung. Maßgebend ist der zum Umtauschzeitpunkt für Neuabschlüsse geltende Tarif der selbstständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung einschließlich der dazugehörigen Versicherungsbedingungen. Als berufliche Tätigkeit im Sinne von Satz 1 gelten auch eine Berufsausbildung sowie eine selbstständige Tätigkeit. Nicht als berufliche Tätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen.

Erhöhung der Versicherungsleistung einer Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung

(10) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie im Rahmen Ihres Erhöhungsrechtes gemäß Absatz 2 kann – sofern in Ihrem Vertrag eine Schwere-Krank-

heiten-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist – die Versicherungssumme erhöht werden. Die Erhöhung der Versicherungssumme darf bis zu 100 % der anfänglichen Versicherungssumme, maximal jedoch 75.000 €, in jedem Fall aber 25.000 € betragen. Hierbei werden die hinzukommenden Versicherungssummen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Fall schwerer Krankheiten angerechnet. Bei den Höchstsummen ebenfalls angerechnet werden versicherte Todesfallsummen im Sinne von Absatz 6.

(11) Das Recht auf Erhöhung der Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung besteht nicht bzw. erlischt, wenn bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung vorliegt.

Erhöhung der Pflegerentenoption

(12) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie im Rahmen Ihres Erhöhungsrechtes gemäß Absatz 2 kann – sofern in Ihrer Versicherung eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, kein Ausschlussgrund vorliegt, die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist und die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist – die maximal zu versichernde monatliche Pflegerente (Pflegerentenanwartschaft) erhöht werden. Dadurch erhöht sich der Betrag der Rente, bis zu dem zu dem im Antrag bzw. im Versicherungsschein genannten Termin (Optionstermin) für die versicherte Person eine Pflegerentenversicherung gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden kann, also unabhängig vom Gesundheitszustand der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt. Die Erhöhung des Jahresbetrags der ohne Gesundheitsprüfung versicherbaren Rente beträgt dabei maximal 3.600 €, innerhalb von fünf Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €. Hierbei wird der hinzukommende Jahresbetrag aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Pflegerentenanwartschaft angerechnet.

§ 11 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

(1) Aufteilung der Anlagebeiträge

Von Ihren fälligen Beiträgen für die Rentenversicherung nach Tarif VAN behalten wir die zur Deckung unserer Kosten vorgesehenen Beträge ein. Wir führen Ihren fälligen Beitrag zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode (siehe § 12 Abs. 2), soweit er nicht zur Deckung der Kosten des ersten Monats dieser Versicherungsperiode vorgesehen ist, entsprechend der von Ihnen gewünschten prozentualen Aufteilung der Anlagebeiträge dem fondsgebundenen und nicht fondsgebundenen Guthaben Ihrer Versicherung zu. Den für das Fondsguthaben bestimmten Teil aus der Aufteilung der Anlagebeiträge führen wir den Anlagestöcken (siehe § 1 Abs. 2) zu. Diesen fondsgebundenen Anlagebeitrag rechnen wir entsprechend der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung für das fondsgebundene Anlagesplitting (Fonds-Anlagesplitting, siehe § 17) unter Zugrundelegung der am Stichtag des Vormonats festgestellten Werte der Anteileinheiten (siehe § 15 Abs. 1) in Anteileinheiten der zugehörigen Anlagestöcke um. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. § 18 bleibt unberührt.

(2) Kostenentnahme in Monaten ohne Beitragszahlung

Zu Beginn eines jeden Monats vor Beginn der Rentenzahlung, zu dem keine Beitragszahlung fällig ist (Zeiten zwischen zwei Beitragsfälligkeiten im Falle nicht-monatlicher Beitragszahlung, bei beitragsfreien Versicherungen, bei durch Sonderzahlungen entstandenen Vertragsteilen) entnehmen wir die Beträge, die zur Deckung unserer Kosten erforderlich sind, zu einem Teil der Sicherheitsreserve und zu einem Teil dem Fondsguthaben. Die Entnahme der Kosten aus diesen beiden Guthabenteilen erfolgt grundsätzlich gemäß der prozentualen Aufteilung der Anlagebeträge (siehe Absatz 1); im Falle einer Umschichtung von Fondsguthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben oder umgekehrt (§ 16 Abs. 2, 3) wird das Entnahmeverhältnis für die Kosten entsprechend angepasst. Die Kostenentnahme erfolgt jeweils separat für die eventuellen Vertragsteile (Grundversicherung, Erhöhungsversicherungen, Sonderzahlungen). Eine ungünstige Entwicklung der Werte der Anlagestöcke kann dazu führen, dass das Fondsguthaben eines Vertragsteils vor Beginn der Rentenzahlung aufgebraucht ist. Der Versicherungsschutz erlischt damit für den jeweiligen fondsgebundenen Teil des betroffenen Vertragsteils. Der nicht fondsgebundene Vertragsteil bleibt weiter bestehen. Ist das Vertragsguthaben vollständig in Fonds investiert, wird der komplette Vertrag ohne weitere Ansprüche beendet, sofern das Fondsguthaben aller Vertragsteile aufgebraucht ist.

§ 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsweise

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

(2) Beitragsfälligkeit

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

(3) Dauer der Beitragszahlung

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

(4) Übermittlung des Beitrags

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

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

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

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

(5) Verrechnung von Beitragsrückständen

Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(6) Stundung von Teilbeiträgen

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

(7) Beitragsstundung bei Arbeitslosigkeit, Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst

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

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

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

(8) Beitragsstundung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Erstbeitrag

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

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

Folgebeitrag

(3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

(4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

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

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

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam, und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

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

(1) Sie haben das Recht, Ihre vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen der Rentenversicherung durch eine oder mehrere Sonderzahlungen in Höhe von jeweils mindestens 500 € zu erhöhen. Voraussetzung ist, dass wir den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Tarif auch im Zeitpunkt Ihrer künftigen Sonderzahlung noch für neue Versicherungsverträge anbieten. Die Leistungsanpassung erfolgt grundsätzlich – soweit tariflich und aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihres bestehenden Vertrags. In diesem Fall bilden wir aus einer Sonderzahlung eine Erhöhungsversicherung entsprechend dem Tarif der Grundversicherung (ohne Teilrententermine und ohne eventuelle Zusatzversicherungen oder Komponenten zur Risikoabsicherung), deren Dauer bis zum Rentenbeginn mit der restlichen Dauer bis zum vereinbarten Rentenbeginn der Grundversicherung übereinstimmt. Bei einer Sonderzahlung muss diese Dauer mindestens ein Jahr betragen. Ferner besteht für die Erhöhungsversicherung die gleiche Verfügungsphase wie bei der Grundversicherung (siehe § 3). Die Aufteilung des Anlagebeitrags in einen fondsgebundenen und / oder nicht fondsgebundenen Anteil bzw. das Fonds-Anlagesplitting nehmen wir entsprechend Ihrer Festlegung gemäß §§ 11 bzw. 16 und 17 vor.

Die Leistungen aus der Erhöhungsversicherung ergeben sich aus Ihrem am Erhöhungstermin erreichten Alter sowie der restlichen Dauer bis zum Rentenbeginn. Bei der Berechnung der Versicherungsleistungen der Erhöhungsversicherungen, insbesondere bei der Berechnung der garantierten Rente je 10.000 € des Anlagevermögens (Rentenfaktor), werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung und zum Rechnungszins zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden gleichartigen Rentenversicherungen ansetzen. Mit der Erhöhungsversicherung sind entsprechende Kosten verbunden, wie sie § 21 vorsieht.

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

(2) Ferner haben Sie das Recht, den vertraglich vereinbarten Beitrag für diese Versicherung einschließlich einer mit abgeschlossenen Versicherung der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. bei Verlust einer Grundfähigkeit aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung (Tarifbestandteil I oder W) bzw. Grundfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung (Tarifbestandteil G) – vorbehaltlich einer erneuten Gesundheitsprüfung – zu erhöhen (Aufstockung). Voraussetzung ist, dass wir den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Tarif auch im Zeitpunkt der Aufstockung noch für neue Versicherungsverträge anbieten. Die Aufstockung erfolgt grundsätzlich – soweit tariflich und aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihres bestehenden Vertrags. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie der Beitrag. Der zusätzliche Beitrag wird für eine Erhöhungsversicherung – ohne Teilrententermine – verwendet, bei der die Dauer bis zum vereinbarten Rentenbeginn und Beitragszahlungsdauer mit der restlichen Dauer bis zum Rentenbeginn und der restlichen Beitragszahlungsdauer der Grundversicherung übereinstimmen. Ist zu Ihrem Vertrag bereits die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen nach dem Dynamikplan B vereinbart, sind für die Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen § 3 und § 4 Abs. 1 der „Besonderen Bedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan B“ (DYNB B VASPN) maßgebend. Ist zu Ihrem Vertrag nicht der Dynamikplan B vereinbart, sind für die Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen § 3 und § 4 Abs. 1 der „Besonderen Bedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan A“ (DYNB A VASPN) maßgebend. Bei der Berechnung der garantierten Rente je 10.000 € des Anlagevermögens (Rentenfaktor) werden wir abweichend von den DYNB B VASPN bzw. DYNB A VASPN jedoch die gleichen Annahmen zum Rechnungszins zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden gleichartigen Rentenversicherungen ansetzen. Mit der Erhöhungsversicherung sind entsprechende Kosten verbunden, wie sie § 21 für die Grundversicherung vorsieht.

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

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

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

(1) Der Wert einer Anteileinheit pro Anlagestock richtet sich nach der Wertentwicklung des entsprechenden Anlagestocks. Den Wert einer Anteileinheit ermitteln wir dadurch, dass der gesamte Geldwert des Anlagestocks am Stichtag eines Monats durch die Zahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Anteileinheiten des Anlagestocks geteilt wird. Als Stichtag gilt der letzte Börsentag des entsprechenden Monats. Investmentfondsanteile werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt.

(2) Die von den Fondsgesellschaften ausgeschütteten Erträge aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten fließen unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu und ergeben damit zusätzliche Anteileinheiten. Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Anteileinheiten.

(3) Den Geldwert des Fondsguthabens Ihres Vertrags ermitteln wir dadurch, dass die jeweilige Zahl der hierauf entfallenden Anteileinheiten mit dem am Stichtag des Vormonats ermittelten Wert einer Anteileinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird; § 17 Abs. 2 Satz 4 bleibt unberührt.

(4) Endet Ihr Vertrag – abgesehen von evtl. bereits laufenden Teilrenten – durch Kapitalabfindung oder Kündigung, legen wir zur Ermittlung des Geldwertes des Fondsguthabens den Stichtag des letzten Versicherungsmonats zugrunde. Endet der Vertrag durch Tod der versicherten Person, wird der Stichtag des Monats herangezogen, der dem Todesfall vorangegangen ist.

(5) Wenn der Anspruchsberechtigte von uns Geldleistungen erhält (siehe § 1 Abs. 4 bis 9), behalten wir uns vor, den

Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Stichtag für die Berechnungen des Geldwertes des Fondsguthabens in Abs. 3 und 4 keine Anwendung.

(6) Sie erhalten von uns jährlich eine Mitteilung, der Sie – neben dem Wert des nicht fondsgebundenen Guthabens – den Wert der Anteileinheiten sowie den Wert des Fondsguthabens entnehmen können; der Wert des Fondsguthabens wird in Anteileinheiten und als (Geld)-Betrag aufgeführt. Auf Wunsch geben wir Ihnen den Wert Ihrer Versicherung jederzeit an.

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

(1) Änderung der Aufteilung der Anlagebeiträge

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

(2) Umschichtung von Guthaben

Darüber hinaus können Sie grundsätzlich jederzeit Fondsguthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben oder umgekehrt umschichten. Bei der Umschichtung von nicht fondsgebundenem Guthaben in fondsgebundenes Guthaben wird der Betrag dem nicht fondsgebundenen Guthaben entnommen und in Anteileinheiten der von Ihnen bestimmten Anlagestöcke – soweit und solange hierfür Fondsanteile zur Verfügung stehen – umgerechnet. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Für die Festlegung der Fonds und deren Anzahl gelten die Vereinbarungen wie bei einem Fondswechsel (siehe § 17 Abs. 2 und 4). Bei der Umschichtung von fondsgebundenem Guthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben wird der Geldwert des Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung den Anlagestöcken entnommen und dem nicht fondsgebundenen Guthaben zugeführt. Sowohl bei der Ermittlung des Geldwertes des umzuschichtenden Fondsguthabens als auch bei der Ermittlung der Anzahl der Anteileinheiten der Anlagestöcke legen wir abweichend von § 15 Abs. 1 und 3 als Stichtag grundsätzlich den von Ihnen gewünschten Termin für die Umschichtung, jedoch frühestens den zweiten Börsentag, der auf den Eingang Ihres Antrags auf Guthabenumschichtung bei uns folgt, zugrunde. Bei einer Guthabenumschichtung bleiben die Daten zu Ihrer Versicherung (Beginn, vereinbarter Ablauf der Beitragszahlung und Rentenbeginn, Beitrag) unverändert. Wir behalten uns jedoch vor, eine Umschichtung aus dem Fondsguthaben erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. § 18 bleibt unberührt.

(3) Fonds-Einstiegsmanagement oder Fonds-Ausstiegsmanagement

a) Vor dem Beginn der vereinbarten Rentenzahlung und frühestens nach Ablauf eines Monats nach dem Versicherungsbeginn können Sie für Ihren Vertrag das Fonds-Einstiegsmanagement oder das Fonds-Ausstiegsmanagement in Anspruch nehmen. Dabei wird nach dem in den Absätzen 3b und 3c beschriebenen Verfahren nach Ihrer Auswahl entweder nicht fondsgebundenes Guthaben in Fondsguthaben (Fonds-Einstiegsmanagement – Absatz 3b) oder umgekehrt Fondsguthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben (Fonds-Ausstiegsmanagement – Absatz 3c) monatlich umgeschichtet. Dies erfolgt während des von Ihnen festgelegten Zeitraums, der mindestens zwölf und längstens 60 Monate beträgt. Geht Ihr Antrag auf Einrichtung des Fonds-Einstiegsmanagements oder Fonds-Ausstiegsmanagements spätestens zwei Tage vor dem Stichtag (letzter Börsentag) eines Monats bei uns ein, werden wir zum unmittelbar folgenden Monatsbeginn mit dem Umschichten nach Ihren Vorgaben beginnen, ansonsten erst zum darauf folgenden Monatsbeginn. Bei der Einrichtung des Fonds-Einstiegsmanagements oder Fonds-Ausstiegsmanagements muss das für die Umschichtung zur Verfügung stehende Guthaben mindestens 2.500 € betragen. Durch Umschichtung von Guthaben (siehe Absatz 2), Fondswechsel (siehe § 17), Entnahme von Teilrenten bzw. Teilkapitalabfindungen (siehe § 1 Abs. 1, 6) oder die Kostenentnahme aus dem Guthaben in Monaten ohne Beitragszahlung (siehe § 11 Abs. 2) kann schon vor dem Ablauf des von Ihnen festgelegten Zeitraums kein umzuschichtendes Guthaben mehr vorhanden sein. Das Fonds-Einstiegsmanagement bzw. Fonds-Ausstiegsmanagement endet in diesem Fall vorzeitig. Gegebenenfalls ist auch der letzte tatsächlich umgeschichtete Geldbetrag (beim Fonds-Einstiegsmanagement) bzw. die letzte tatsächlich umgeschichtete Anzahl von Fondsanteilen (beim Fonds-Ausstiegsmanagement) gegenüber den vorherigen reduziert.

b) Wenn nicht fondsgebundenes Guthaben in Fondsguthaben umgeschichtet werden soll (Fonds-Einstiegsmanagement), bestimmen Sie von dem hierfür zur Verfügung stehenden nicht fondsgebundenen Guthaben einen Geldbetrag. Bei der Einrichtung des vereinbarten Fonds-Einstiegsmanagements teilen wir den von Ihnen bestimmten Geldbetrag Ihres nicht fondsgebundenen Guthabens durch die Anzahl der Monate des von Ihnen für das Fonds-Einstiegsmanagement festgelegten Zeitraums und ermitteln so den monatlich umzuschichtenden Betrag. Diesen monatlichen Betrag entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats während des von Ihnen für das Fonds-Einstiegsmanagement festgelegten Zeitraums dem nicht fondsgebundenen Guthaben und schichten ihn in Fondsguthaben um. Den monatlich umzuschichtenden Betrag rechnen wir entsprechend der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung auf die von Ihnen gewählten Investmentfonds in Anteileinheiten der zugehörigen Anlagestöcke um. Dabei legen wir die am Stichtag des Vormonats festgestellten Werte der Anteileinheiten zugrunde. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Stichtag ist jeweils der letzte Börsentag des Vormonats. So verfahren wir bis zum Ablauf des von Ihnen festgelegten Zeitraums, längstens jedoch solange und soweit umzuschichtendes Guthaben vorhanden ist, die von Ihnen gewählten Investmentfonds von uns angeboten werden und hierfür Fondsanteile zur Verfügung stehen. Für die Festlegung der Fonds und deren Anzahl gelten die Vereinbarungen wie bei einem Fondswechsel (siehe § 17 Abs. 2 und 4). § 18 bleibt unberührt. Über das Risiko bei fondsgebundenem Anlagevermögen informieren wir Sie in § 1 Abs. 3.

c) Wenn Fondsguthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben umgeschichtet werden soll (Fonds-Ausstiegsmanagement), bestimmen Sie von dem hierfür zur Verfügung stehenden Fondsguthaben eine Anzahl der Anteileinheiten des/der von Ihnen dafür bezeichneten Fonds. Bei der Einrichtung des vereinbarten Fonds-Ausstiegsmanagements teilen wir die von Ihnen bestimmte Anzahl der Anteileinheiten des/der betreffenden Fonds durch die Anzahl der Monate des von Ihnen für das Fonds-Ausstiegsmanagements festgelegten Zeitraums. So ermitteln wir die monatlich umzuschichtende Anzahl von Anteileinheiten pro Fonds, für den/die das Fonds-Ausstiegsmanagement durchgeführt wird (im Folgenden als

der/die Ursprungsfonds bezeichnet). Diese monatliche Anzahl von Anteileinheiten entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats während des von Ihnen für das Fonds-Ausstiegsmanagement festgelegten Zeitraums dem Anlagestock des/der Ursprungsfonds, längstens jedoch solange und soweit umzuschichtende Anteileinheiten vorhanden sind, und schichten den auf die entnommenen Anteileinheiten entfallenden Geldwert in das nicht fondsgebundene Guthaben um. Stichtag für die Ermittlung des auf die entnommenen Anteileinheiten entfallenden Geldwerts ist jeweils der letzte Börsentag des Vormonats. Aufgrund der Kursentwicklung der Fonds ergibt sich bei regelmäßig gleicher Anzahl von Anteileinheiten für jeden Monat ein anderer Geldwert, der in das nicht fondsgebundene Guthaben umgeschichtet wird. Deshalb wird die Summe der monatlich übertragenen Geldwerte von dem zum Stichtag ermittelten Gegenwert der Anteileinheiten bei der Einrichtung des vereinbarten Fonds-Ausstiegsmanagements abweichen. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerung der Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Über das Risiko bei fondsgebundenem Anlagevermögen informieren wir Sie in § 1 Abs. 3. In jedem Fall behalten wir uns jedoch vor, den auf Anteileinheiten entfallenden Geldwert erst dann zu ermitteln und eine Umschichtung in das nicht fondsgebundene Guthaben erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände des betreffenden Anlagestocks des jeweiligen Ursprungsfonds an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. § 18 bleibt unberührt.

d) Das Fonds-Einstiegsmanagement bzw. Fonds-Ausstiegsmanagement können Sie abbrechen. Geht Ihr Antrag auf Beendigung des Fonds-Einstiegsmanagements bzw. Fonds-Ausstiegsmanagements zwei Tage vor dem Stichtag (letzter Börsentag) eines Monats bei uns ein, werden wir das Fonds-Einstiegsmanagement bzw. Fonds-Ausstiegsmanagement zum unmittelbar folgenden Monatsbeginn beenden, ansonsten erst zum darauf folgenden Monatsbeginn. Danach werden keine weiteren Umschichtungen gemäß Absatz 3b oder 3c mehr vorgenommen. Bis dahin durchgeführte Umschichtungen bleiben unberührt. Das Fonds-Einstiegsmanagement bzw. Fonds-Ausstiegsmanagement können Sie jederzeit zu einem späteren Zeitpunkt vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung erneut in Anspruch nehmen.

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

(4) Änderung der garantierten Leistung

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

(5) Kosten

Änderungen zur Aufteilung der Anlagebeiträge gemäß Absatz 1 werden kostenlos durchgeführt. Für jede Umschichtung von Fondsguthaben in nicht fondsgebundenes Guthaben gemäß Absatz 2 berechnen wir Kosten in Höhe von 1,75 % des Umschichtungsbetrages. Umschichtungen in Fondsguthaben sowie Umschichtungen im Rahmen des Fonds-Einstiegsmanagements bzw. des Fonds-Ausstiegsmanagements gemäß Absatz 3 werden kostenlos durchgeführt. Allerdings sind wir berechtigt, für die Einrichtung und das Abbrechen des Fonds-Einstiegsmanagements bzw. Fonds-Ausstiegsmanagements Kosten in Rechnung zu stellen (siehe § 26).

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

(1) Änderung des Fonds-Anlagesplittings

Zu jeder Beitragsfälligkeit sowie zu jedem Zuteilungszeitpunkt von Überschussanteilen gemäß § 2 Abs. 4b können Sie grundsätzlich die prozentuale Aufteilung der künftigen fondsgebundenen Anlagebeiträge (siehe § 11 Abs. 1) und laufenden Überschussanteile (siehe § 2 Abs. 4b) auf die Investmentfonds – soweit und solange diese angeboten werden – ändern (Änderung des Fonds-Anlagesplittings = Switch). Die in Anteileinheiten umzurechnenden fondsgebundenen Anlagebeiträge und Überschussanteile fassen wir unter dem Begriff fondsgebundene Anlagebeträge zusammen. Bei einer Änderung des Fonds-Anlagesplittings können Sie aus den zur Verfügung stehenden Fonds insgesamt bis zu zehn dieser Fonds wählen. Die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig fondsgebundene Anlagebeträge investiert werden oder in denen Fondsguthaben vorhanden ist, darf zu keinem Zeitpunkt mehr als zehn betragen. Sind im Rahmen einer Änderung des Fonds-Anlagesplittings mehr als zehn Fonds (vor und nach Änderung des Fonds-Anlagesplittings) beteiligt, muss deshalb vor oder gleichzeitig mit der Änderung des Fonds-Anlagesplittings ein Fondswechsel im Sinne von Absatz 2 durchgeführt werden. Ist ein Fondswechsel erst nach einem Beitragsfälligkeitstermin oder Zuteilungszeitpunkt von Überschussanteilen gewünscht oder – aufgrund des frühestmöglichen Termins gemäß Absatz 2 – möglich, wird die Änderung des Fonds-Anlagesplittings erst zur nächsten auf den Fondswechsel folgenden Beitragsfälligkeit oder Zuteilung von Überschussanteilen durchgeführt. Für das Fonds-Anlagesplitting sind alle ganzzahligen Prozentsätze, mindestens 10 % pro gewähltem Fonds, zulässig. § 18 bleibt unberührt.

(2) Fondswechsel

Darüber hinaus können Sie jederzeit die zugrunde zu legenden Anlagestöcke für das fondsgebundene Guthaben neu bestimmen. Dazu wird der Geldwert des Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu bestimmten Anlagestöcke – soweit und solange hierfür Fondsanteile zur Verfügung stehen – übertragen (Fondswechsel = Shift) und in Anteileinheiten der neu bestimmten Anlagestöcke umgerechnet. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Sowohl bei der Ermittlung des Geldwertes des zu übertragenden Fondsguthabens als auch bei der Ermittlung der Anzahl der Anteileinheiten des neu bestimmten Anlagestocks (der neu bestimmten Anlagestöcke) legen wir abweichend von § 15 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 folgt, zugrunde. Bei einem Fondswechsel darf die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig fondsgebundene Anlagebeträge investiert werden oder in denen Fondsguthaben vorhanden ist, zu keinem Zeitpunkt mehr als insgesamt zehn betragen (Absatz 1). Die teilweise oder vollständige Übertragung von Fondsguthaben auf Anlagestöcke, die Ihrer Versicherung bereits zugrunde liegen, gilt ebenfalls als Fondswechsel. Bei einem Fondswechsel bleiben die Daten zu Ihrer Versicherung (Beginn, vereinbarter Ablauf der Beitragszahlung und Rentenbeginn, Beitrag) unverändert. Wir behalten uns jedoch vor, einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung neh-

men wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. § 18 bleibt unberührt.

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

Änderungen des Fonds-Anlagesplittings sowie Fondswechsel werden kostenlos durchgeführt.

(4) Zusätzliche Fonds

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

(5) Gleichzeitige Änderungen

Änderungen des Fonds-Anlagesplittings sowie Fondswechsel können gleichzeitig mit einer Änderung der Aufteilung der Anlagebeiträge auf fondsgebundenes und nicht fondsgebundenes Guthaben bzw. Umschichtung von Guthaben gemäß § 16 Abs. 1 und 2 durchgeführt werden.

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

(1) Beabsichtigt eine Fondsgesellschaft einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds zu schließen und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen eines Fonds auszusetzen oder endgültig einzustellen und kündigt sie dies rechtzeitig vorher an, werden wir Sie hierüber sowie über den geplanten Termin mindestens vier Wochen vorher schriftlich informieren. Gleichzeitig werden wir Sie bitten, einen Ersatzfonds für eine kostenlose Anpassung des Anlagesplittings und einen Fondswechsel im Sinne von § 17 Abs. 1 und 2 festzulegen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die für Ihren Vertrag in Frage kommen, ist bei uns jederzeit erhältlich. Erhalten wir vor dem Termin, zu dem die Fondsgesellschaft die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilen aussetzt oder einstellt, von Ihnen keine Nachricht, werden wir gemäß untenstehendem Absatz 2 verfahren.

(2) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen eines Fonds aussetzt oder endgültig einstellt, ohne dies vorher anzukündigen, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds nach billigem Ermessen durch einen möglichst gleichartigen, dem bisherigen Anlageprofil entsprechenden anderen Fonds zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall einer kurzfristigen Ankündigung, so dass eine vorherige Information nach Absatz 1 nicht mehr rechtzeitig möglich ist.

(3) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds auflöst und mit einem anderen Fonds zusammenlegt (Fondsfusion), werden wir Sie hierüber schriftlich informieren. In diesem Fall gilt der aufnehmende Fonds als Ersatzfonds.

(4) Die Ersetzung des Fonds gemäß Absatz 1, 2 oder 3 ist für Sie kostenlos. Der neue Fonds (Ersatzfonds) in Ihrem Vertrag wird sowohl für die Umrechnung künftiger fondsgebundener Anlagebeträge (Änderung des Fonds-Anlagesplittings) als auch für die notwendige Übertragung der Anteileinheiten des Fondsguthabens des betroffenen Fonds (Fondswechsel) verwendet. Den Ersatzfonds und den Stichtag der Übertragung werden wir Ihnen schriftlich mitteilen.

(5) Sie können stattdessen innerhalb von vier Wochen nach Erhalt unseres Schreibens kostenlos einen anderen Fondswechsel gemäß § 17 Abs. 2 sowie eine andere Anpassung des Fonds-Anlagesplittings gemäß § 17 Abs. 1 vornehmen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die für Ihren Vertrag in Frage kommen, ist bei uns jederzeit erhältlich.

(6) Wir behalten uns in jedem Fall jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens des zu ersetzenden Fonds erst dann zu ermitteln und einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände des betreffenden Anlagestocks an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.

(7) Sofern und solange nach der Schließung eines Fonds oder der Einstellung der Ausgabe von Anteilen eines Fonds keine Änderung des Fonds-Anlagesplittings gemäß Absatz 1 oder 2 vorgenommen wurde, können wir die auf den betreffenden Fonds entfallenden fondsgebundenen Anlagebeträge gemäß § 17 Abs. 1 sowie evtl. Ertragsausschüttungen der Fondsgesellschaft gemäß § 15 Abs. 2 als nicht fondsgebundene Anlagebeiträge verwenden und dem nicht fondsgebundenen Anlagevermögen im Sinne von § 11 Abs. 1 zuführen.

(8) Über sonstige Veränderungen bei den Investmentfonds, wie beispielsweise Änderungen des Fondsnamens, werden wir Sie im Rahmen unserer jährlichen Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung unterrichten.

(9) Außer bei den in Absatz 1, 2 und 3 genannten Anlässen werden wir Fondswechsel auf unsere Initiative hin nicht durchführen.

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

(1) Kündigung

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

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

In Anspruch genommene lebenslange Teilrenten bleiben von einer Kündigung unberührt.

Nach dem Rentenzahlungsbeginn können Sie nicht mehr kündigen.

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

(2) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung den

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

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen. Dieser verringert sich ferner um den noch nicht zurückgezahlten Darlehensbetrag bei einem evtl. Policendarlehen (siehe § 22).

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) der nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum maßgebenden Kündigungstermin gemäß Absatz 1 berechnete Zeitwert der Versicherung des Vertrages. Der Rückkaufswert ent-

spricht mindestens jedoch dem Zeitwert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, jedoch höchstens auf die Zeit bis zum bei Vertragsabschluss vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 21 Abs. 2 Satz 4).

(4) Abzug

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

(5) Herabsetzung des Rückkaufswertes im Ausnahmefall

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

(6) Überschussbeteiligung

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

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

(7) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung kann wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 21) nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 Satz 2 vorhanden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass der Rückkaufswert – soweit es sich beim Anlagevermögen um Fondsguthaben handelt – bei einer guten Fondsentwicklung höher sein wird als bei einer weniger guten Fondsentwicklung (siehe § 1 Abs. 3).

(8) Keine Rückkaufswertgarantie

Den Auszahlungsbetrag erbringen wir als Geldleistung oder – soweit es sich beim Anlagevermögen um Fondsguthaben handelt – in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagestöcke. Die Bestimmungen in § 1 Abs. 9 sowie § 15 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend. Aufgrund der Abhängigkeit von der Wertentwicklung der Anlagestöcke können wir einen Rückkaufswert nicht garantieren.

(9) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

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

(1) Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

Anstelle einer Kündigung nach § 19 können Sie zu dem dort genannten Termin in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall ermitteln wir das Anlagevermögen zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung, vermindert um evtl. Beitragsrückstände, und entwickeln es unter Berücksichtigung der in der für die beitragsfreie Zeit erforderlichen Sicherheitsreserve und der dem Fondsguthaben zu entnehmenden Kosten bis zum Beginn der Rentenzahlung weiter. Das Anlagevermögen wird dabei – sofern fondsgebunden – in Anteileinheiten weitergeführt bzw. – sofern nicht fondsgebunden – weiter verzinst. Für die Rentenzahlung und zum Kapitalwahlrecht gelten die Bestimmungen der beitragspflichtigen bzw. planmäßig beitragsfreien Versicherungen analog. Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings, dass das Anlagevermögen mindestens 1.000 € beträgt. Wird dieser Mindestbetrag nicht erreicht, erhalten Sie den Rückkaufswert (Absätze 3 bis 6).

(2) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 21) nur der Mindestwert entsprechend § 19 Abs. 3 Satz 2 zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der gezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Ferner ist zu berücksichtigen, dass beitragsfreie Versicherungsleistungen – soweit es sich beim Anlagevermögen um Fondsguthaben handelt – bei einer guten Fondsentwicklung höher sein werden als bei einer weniger guten Fondsentwicklung (siehe § 1 Abs. 3).

(3) Mindestbeitrag

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

(4) Wiederaufnahme der Beitragszahlung

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

te Person keine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung vorliegt und bis zur Wiederaufnahme der Beitragszahlung keine schwere Krankheit im Sinne der Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung eingetreten ist.

§ 21 Wie werden die Kosten Ihres Versicherungsvertrags verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschlusskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Die übrigen Kosten entfallen auf die laufende Verwaltung. Die Höhe der einkalkulierten Abschlusskosten sowie der übrigen Kosten (Verwaltungskosten) können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

(2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschlusskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden sind (siehe §§ 19 und 20).

§ 22 Sie wollen ein Policendarlehen?

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

§ 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 entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

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

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

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 25 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

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

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Details zu in Deutschland geltenden Steuerregelungen können Sie den Informationen für den Versicherungsnehmer entnehmen.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

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

§ 26 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufern im Lastschriftverfahren
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen
- Anschriftermittlung
- Ausstellung eines Ersatz-Versicherungsscheins
- Versicherungsnehmerwechsel
- Wiederinkraftsetzung
- Einrichtung und Abbrechen des Fonds-Einstiegsmanagements oder Fonds-Ausstiegsmanagements (siehe § 16 Abs. 3)

§ 5 Abs. 4 und § 16 Abs. 5 bleiben unberührt.

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

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

§ 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 Versicherungsvertrag Anwendung?

(1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(2) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 29 Wo ist der Gerichtsstand?

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

(2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk er seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist, die ihren Sitz ins Ausland verlegt.

Anhang der AVB zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Versicherungsvertrags

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

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

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

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

Veränderungen der Risikolage

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

Ausgleich für Verwaltungsaufwand

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

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Komponenten zur Risikoabsicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN bietet Ihnen Versicherungsschutz für verschiedene Komponenten zur Risikoabsicherung. Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Zusätzlich gelten die jeweiligen Tarifbestimmungen für die Komponenten zur Risikoabsicherung, sofern Sie diese eingeschlossen haben. Bei den einzelnen Komponenten des VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLANS handelt es sich jeweils um rechtlich selbstständige Verträge.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§	1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§	2
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§	3
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§	4
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§	5
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§	6
Wann können Sie Komponenten kündigen oder beitragsfrei stellen?	§	7
Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	§	8
Zu welchen Anlässen können Sie die Leistungen ohne Gesundheitsprüfung anpassen?	§	9
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§	10
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§	11
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§	12
Wer erhält die Leistung?	§	13
Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	§	14
Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	§	15
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§	16
Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?	§	17
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§	18
Wo ist der Gerichtsstand?	§	19

Anhang der AVB zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Vertragskomponenten

Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Kundenbonus

Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Berücksichtigung von gesundheitsbewusstem Verhalten im Rahmen der Überschussbeteiligung

Tarifbestimmungen stehen für folgende Komponenten zur Risikoabsicherung zur Verfügung:

- Todesfall-Versicherung
- Berufsunfähigkeits-Versicherung / Grundfähigkeits-Versicherung
- Pflegerenten-Versicherung
- Pflegerentenoptions-Versicherung
- Schwere-Krankheiten-Versicherung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Die Leistungen aus den einzelnen Komponenten zur Risikoabsicherung ergeben sich aus den jeweiligen Tarifbestimmungen.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Worauf basiert die Überschussbeteiligung?

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und stellen sie jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses fest. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven weisen wir dabei im Anhang des Geschäftsberichtes aus. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Nachfolgend erläutern wir Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3),
- wie die Überschussanteile ermittelt und verwendet werden (Absatz 4),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 5).

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

Dazu erklären wir Ihnen

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese zuordnen (c).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit mindestens den dort genannten Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung ist grundsätzlich vorgeschrieben, dass den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit mindestens 90 % der Nettoerträge zugutekommen. Aus dem Betrag, der den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit zugutekommt, werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Den restlichen Teil des Betrags, der den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit zugutekommt, verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge der Komponenten zur Risikoabsicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung der Risiken und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis

Bei den Komponenten zur Risikoabsicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für die Leistungsfälle niedriger sind als die bei der Tarifkalkulation zugrunde gelegten. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Versicherungsfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

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

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

- einen drohenden Notstand abzuwehren,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung*) zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt. Da bei den Komponenten zur Risikoabsicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen für diese Komponenten auch keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursa-

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

chungsorientierten Verfahren (siehe jeweilige Tarifbestimmungen) anteilig rechnerisch zu.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Versicherungsvertrags?

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

(4) Wie werden die Überschussanteile ermittelt und verwendet?

Einzelheiten zur Ermittlung und Verwendung der Überschussbeteiligung bei den einzelnen Komponenten zur Risikoabsicherung ergeben sich aus den jeweiligen Tarifbestimmungen.

(5) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

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 der versicherten Risiken und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Rentenleistungen von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie die Komponenten mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 4 Abs. 2 und § 5).

§ 4 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsweise

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung – einheitlich für alle Komponenten – monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Beitragsfälligkeit

Den ersten Beitrag (Erstbeitrag) müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss der Komponenten zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Komponenten. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr bzw. ein Jahr.

(3) Dauer der Beitragszahlung

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

(4) Übermittlung des Beitrags

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

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

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

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

(5) Verrechnung von Beitragsrückständen

Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(6) Beitragsstundung oder -reduzierung

Bestehen bei Ihnen kurzfristige Zahlungsschwierigkeiten, prüfen wir auf Ihren Antrag hin, ob eine teilweise Beitragsstundung durch eine vorübergehende Reduzierung der laufenden Beiträge möglich ist. Ergibt sich aus der Prüfung, dass eine Beitragsstundung in dieser Form möglich ist, halten wir dies in einer schriftlichen Vereinbarung mit Ihnen fest. Voraussetzung für eine Stundung ist, dass zu Ihrem VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN auch die Komponente zum Vermögensaufbau gehört und hierzu kein Policendarlehen besteht. Werden die gestundeten Beiträge – ggf. einschließlich Stundungszinsen – nicht nachgezahlt, können wir sie stattdessen dem Anlagevermögen der Rentenversicherung nach Tarif VA entnehmen. Bei Fälligkeit einer Leistung während des Stundungszeitraums werden die gestundeten Beiträge verrechnet.

(7) Beitragsstundung bei Arbeitslosigkeit, Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst

Sie haben – vorbehaltlich von Absatz 9 – das Recht, Ihre Beitragszahlung für 18 Monate ohne Unterbrechung auszusetzen (Beitragsstundung), sofern Sie als Versicherungsnehmer

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

- einen Jugendfreiwilligendienst (freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr) ausüben (laut Bescheinigung des zugelassenen Trägers).

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

(8) Beitragsstundung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit

Sie haben – vorbehaltlich von Absatz 9 – das Recht, Ihre Beitragszahlung für 24 Monate ohne Unterbrechung auszusetzen (Beitragsstundung), sofern Sie als Versicherungsnehmer sich im Mutterschutz befinden oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nehmen (laut Bescheinigung des Arbeitgebers).

(9) Voraussetzung für die Beitragsstundung gemäß Absatz 7 und 8

Voraussetzung für die Beitragsstundung gemäß Absatz 7 und 8 ist, dass

- zu Ihrem VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLAN auch die Komponente zum Vermögensaufbau gehört und
- der anfängliche Beitrag für ein Jahr – einschl. des Beitrags für die Rentenversicherung nach Tarif VA – höchstens 7.200 € beträgt und Sie bereits Beiträge zu Ihrem VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLAN für mindestens ein Jahr gezahlt haben und
- keine anderweitige Beitragsstundung vereinbart ist und
- für die Rentenversicherung nach Tarif VA kein Policendarlehen besteht.

(10) Rahmenbedingungen für die Beitragsstundung gemäß Absatz 7 und 8

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

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

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

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

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

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

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

Erstbeitrag

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

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

Folgebeitrag

(3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

(4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

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

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

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und voll-

ständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

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

(4) Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- von Komponenten zurücktreten,
- Komponenten kündigen,
- Komponenten ändern oder
- Komponenten wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von Komponenten zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir die betreffenden Komponenten – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

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

(7) Wenn eine oder mehrere Komponenten durch Rücktritt aufgehoben werden, zahlen wir den jeweiligen Rückkaufswert gemäß den jeweiligen Tarifbestimmungen der einzelnen Komponenten. Die Regelung zum Mindestbetrag für den Rückkaufswert („Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag …“) in den jeweiligen Tarifbestimmungen gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir Komponenten unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir die betreffenden Komponenten – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(10) Wenn wir Komponenten kündigen, wandeln sie sich nach Maßgabe der jeweiligen Tarifbestimmungen in beitragsfreie Komponenten um.

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir die betreffenden Komponenten – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 4 Absatz 2) Vertragsbestandteil.

(12) Sie können die betreffenden Komponenten innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(17) Wir können Komponenten auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die

Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung von Komponenten

(18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung von Komponenten bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 7 Wann können Sie Komponenten kündigen oder beitragsfrei stellen?

(1) Kündigung

Sie können jede Komponente jederzeit in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) kündigen

- bei beitragspflichtigen Versicherungen zum Schluss einer Versicherungsperiode (siehe § 4 Absatz 2) und
- bei beitragsfreien Versicherungen zum Schluss eines jeden Monats.

Einzelheiten zur Ermittlung des Rückkaufswertes sowie des Auszahlungsbetrags bei Kündigung der einzelnen Komponenten ergeben sich aus den jeweiligen Tarifbestimmungen.

(2) Beitragsfreistellung

Anstelle einer Kündigung können Sie zu den gleichen Terminen in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) verlangen, von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Gehört zu Ihrem VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN auch die Komponente zum Vermögensaufbau und haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn der verbleibende Beitrag zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN insgesamt jährlich mindestens 300 € beträgt. Eine Beitragsfreistellung der Komponenten zur Risikoabsicherung ist ferner nur möglich, sofern die in den jeweiligen Tarifbestimmungen genannten Mindestbeträge für beitragsfreie Leistungen erreicht werden.

Einzelheiten zur Ermittlung der beitragsfreien Leistungen der einzelnen Komponenten ergeben sich aus den jeweiligen Tarifbestimmungen.

(3) Wiederaufnahme der Beitragszahlung

Sie können innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) verlangen, dass durch die Wiederaufnahme der entsprechenden Beitragszahlung die versicherten Leistungen bis zur Höhe des vor der Beitragsfreistellung maßgebenden Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung aufgestockt werden. Voraussetzung für die Wiederinkraftsetzung der jeweiligen Komponente ist, dass der Versicherungsfall für sie noch nicht eingetreten ist. Das bedeutet, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt nicht berufsunfähig im Sinne der maßgebenden Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung ist bzw. keine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne der maßgebenden Tarifbestimmungen für die Grundfähigkeits-Versicherung vorliegt und bis zur Wiederaufnahme der Beitragszahlung keine schwere Krankheit im Sinne der maßgebenden Tarifbestimmungen für die Schwere-Krankheiten-Versicherung eingetreten ist. Die beitragsfreie Zeit muss durch eine Nachzahlung der Beiträge (auf Wunsch auch in Raten) ausgeglichen werden. Stattdessen können mit Ihrer Zustimmung auch die versicherten Leistungen herabgesetzt werden oder Sie können höhere laufende Beiträge zahlen. Die höheren laufenden Beiträge bzw. die reduzierten Leistungen richten sich nach den bei Abschluss Ihrer Versicherung maßgebenden Tarifregelungen. Die Auswirkungen teilen wir Ihnen auf Wunsch vorab mit.

(4) Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit, Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst

Sie haben das Recht – unabhängig von den in Absatz 1 bis 3 genannten Terminen – Komponenten bis zu zwölf Monate befristet beitragsfrei zu stellen, sofern Sie als Versicherungsnehmer

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

(5) Beitragsfreistellung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit

Sie haben das Recht – unabhängig von den in Absatz 1 bis 3 genannten Terminen – Komponenten bis zu 36 Monate befristet beitragsfrei zu stellen, sofern Sie als Versicherungsnehmer sich im Mutterschutz befinden oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nehmen (laut Bescheinigung des Arbeitgebers).

(6) Voraussetzung und Rahmenbedingungen für die Beitragsfreistellung gemäß Absatz 4 und 5

Eine Beitragsfreistellung der Komponenten zur Risikoabsicherung ist nur möglich, sofern die in den jeweiligen Tarifbestimmungen genannten Mindestbeträge für beitragsfreie Leistungen erreicht werden.

Für den Fall, dass eine andere Person für Sie die Beitragszahlung übernommen hat, haben Sie das Recht auf Beitragsfreistellung gemäß Absatz 4 und 5 auch dann, wenn der Beitragszahler als arbeitslos gemeldet ist, einen Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst ausübt, sich in Mutterschutz befindet oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nimmt.

Nach Ablauf der beitragsfreien Zeit wird der Vertrag wieder automatisch beitragspflichtig fortgesetzt, sofern der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Den Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsfreistellung müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzeigen.

(9) Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 8 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschlusskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Die übrigen Kosten entfallen auf die laufende Verwaltung. Die Höhe der einkalkulierten Abschlusskosten sowie der übrigen Kosten (Verwaltungskosten) können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

(2) Wir wenden für jede Komponente das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschlusskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur Mindestwerte für einen Rückkaufswert oder zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungsleistung vorhanden sind (siehe Tarifbestimmungen). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und beitragsfreien Versicherungssummen können Sie den jeweiligen Tabellen im Antrag entnehmen.

§ 9 Zu welchen Anlässen können Sie die Leistungen ohne Gesundheitsprüfung anpassen?

Anpassungsgarantie für natürliche Personen als Versicherungsnehmer

(1) Sofern nach Vertragsbeginn eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse für die versicherte Person eintritt, haben Sie 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
- Tod oder Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners
- Geburt eines Kindes
- Adoption eines Kindes
- Baubeginn oder Kauf einer Wohnimmobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifikation (zum Beispiel Facharztausbildung, Master, Staatsexamen); dies gilt für Akademiker, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, die ihrer Ausbildung entspricht

Das Erhöhungsrecht steht Ihnen innerhalb von sechs Monaten ab dem jeweiligen Zeitpunkt zu.

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

(2) Unabhängig von den oben beschriebenen Ereignissen haben Sie alle fünf Jahre ab dem Versicherungsbeginn das Recht, zum jeweiligen Versicherungsjahreswechsel die bei Vertragsabschluss vereinbarten Versicherungsleistungen ohne (erneute) Gesundheitsprüfung gegen entsprechende Beitragszahlung zu erhöhen.

Hierbei muss Ihr Erhöhungswunsch vor dem oben genannten Versicherungsjahreswechsel bei uns eingegangen sein.

(3) Keine Anpassungsgarantie

Die Anpassungsgarantie besteht nicht bzw. erlischt,

- wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat oder
- für Komponenten, die vor dem vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer beitragsfrei gestellt werden oder
- wenn aus Komponenten zur Risikoabsicherung oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit, Invalidität, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person beantragt oder erbracht werden bzw. wurden.

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

(4) Gegenstand und Umfang der Leistungsanpassung

Die Leistungsanpassung erfolgt – soweit tariflich und aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen zulässig – innerhalb Ihrer bestehenden Komponente, ansonsten oder auf Ihren Wunsch durch Abschluss einer zusätzlichen Versicherung im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten. Im letzteren Falle handelt es sich um eine neue Versicherung mit eigenen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs. Die neue Versicherung wird für dieselbe versicherte Person wie bei der ursprünglichen Absicherung abgeschlossen, wobei die Versicherungsdauer sowie die Beitragszahlungsdauer spätestens zu den entsprechenden bei Vertragsabschluss vereinbarten Terminen wie bei der ursprünglichen Absicherung enden. Für die Leistungsanpassung gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss der ursprünglichen Absicherung. Die Regelungen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Versicherungsbedingungen der ursprünglichen Absicherung (§ 6) finden auch auf die neue Versicherung Anwendung. Solange wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht von Komponenten zurücktreten, sie kündigen oder ändern oder Komponenten wegen Anfechtung aufheben können, haben wir dieses Recht auch für die Leistungsanpassung.

Versicherung einer Todesfall-Leistung

(5) 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. Bei Ihrem Erhöhungsrecht gemäß Absatz 2 kann – vorbehaltlich der Einschränkung in Absatz 6 – eine Todesfall-Leistung von bis zu 25.000 € gegen entsprechende Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung versichert werden.

(6) 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, ein evtl. Kundenbonus aus der Überschussbeteiligung sowie evtl. Hinterbliebenenrenten angerechnet. 25.000 € Todesfallschutz entsprechen hierbei einer jährlichen Hinterbliebenenrente von 1.000 €. Bei den Höchstsummen ebenfalls angerechnet werden Versicherungssummen von Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherungen im Sinne von Absatz 10.

Erhöhung des Berufsunfähigkeitsschutzes oder des Versicherungsschutzes einer Grundfähigkeitsabsicherung

(7) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie im Rahmen des Erhöhungsrechtes gemäß Absatz 2 kann – sofern kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist – neben der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. der Beitragsbefreiung bei Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person eine Berufsunfähigkeitsrente (bei eingeschlossener Berufsunfähigkeits-Versicherung) bzw. Grundfähigkeitsrente (bei eingeschlossener Grundfähigkeits-Versicherung) (mit)versichert bzw. eine bestehende Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsrente – auch für sich alleine – erhöht werden. Die Erhöhung der jährlichen Versicherungsleistung darf dabei maximal 3.600 €, innerhalb von fünf Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 € betragen. Hierbei werden die hinzukommenden Versicherungsleistungen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit berücksichtigt. Bei den vorgenannten Höchstsummen werden als Versicherungsleistung angerechnet

- die jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente oder Grundfähigkeitsrente einschließlich einer evtl. Bonusrente und eines evtl. Kundenbonus aus der Überschussbeteiligung sowie
- der auf kapitalbildende Versicherungen entfallende Beitrag für ein Jahr, sofern hierfür die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit oder bei Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person versichert ist.

(8) Das Recht auf Erhöhung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Versicherung besteht nicht bzw. erlischt, wenn die versicherte Person berufsunfähig im Sinne der maßgebenden Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung ist oder eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne der maßgebenden Tarifbestimmungen für die Grundfähigkeits-Versicherung vorliegt. Das Recht zur Einbeziehung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente besteht ferner auch dann nicht bzw. erlischt, wenn die jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente (einschließlich einer evtl. Bonusrente sowie eines evtl. Kundenbonus aus der Überschussbeteiligung) aus allen bestehenden und gleichzeitig beantragten Versicherungen bei unserer Gesellschaft mehr als 24.000 € beträgt. Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrenten werden hierbei addiert. Erwerbsunfähigkeitsrenten aus anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft werden ebenfalls angerechnet. Bei mehreren gleichzeitig beantragten Erhöhungen sind Leistungserhöhungen nur solange möglich, bis die Grenze von 24.000 € durch eine Erhöhung erstmals überschritten wird. Weitere gleichzeitig beantragte und künftige Erhöhungen sind dann nicht mehr möglich.

(9) Umtausch der Grundfähigkeits-Versicherung in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung

Unabhängig von den in Absatz 1 beschriebenen Ereignissen und unabhängig von Ihrem Erhöhungsrecht gemäß Absatz 2 haben Sie – vorbehaltlich von Absatz 3 – als besondere Form der Anpassungsgarantie die Möglichkeit, Ihre Grundfähigkeits-Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung umzutauschen. Voraussetzung für einen solchen Umtausch ist, dass

- wir der versicherten Person bei Vertragsabschluss der Grundfähigkeits-Versicherung aufgrund der Gesundheitsprüfung auch Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit bieten könnten und das Umtauschrecht deshalb nicht ausschließen,
- das Umtauschrecht von Ihnen nicht bereits bei der Antragstellung ausgeschlossen wird,
- die versicherte Person zum vorgesehenen Umtauschzeitpunkt einen im Rahmen unserer Berufsunfähigkeitsabsicherung versicherbaren Beruf ausübt und
- die versicherte Person zum Umtauschzeitpunkt nicht berufsunfähig ist.

Das Recht auf Umtausch können Sie zum fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns sowie bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums durch die versicherte Person ausüben. Dabei können Sie Ihre Grundfähigkeits-Versicherung gegen entsprechende Beitragszahlung in eine im Rahmen unserer Produktpalette verfügbare Berufsunfähigkeitsabsicherung für die versicherte Person mit gleicher oder geringerer künftiger Rente (einschließlich einer evtl. Beitragsbefreiungsrente für die Versicherung) umtauschen. Die Versicherungs-, Leistungs- und Beitragszahlungsdauern werden dabei im Rahmen der zum Umwandlungszeitpunkt verfügbaren Absicherungen festgelegt. Die Versicherungs- und die Leistungsdauer dürfen dabei die restliche Versicherungs- bzw. Leistungsdauer der bisherigen Absicherung nicht übersteigen. Bei einer Grundfähigkeits-Versicherung mit erhöhter Grundfähigkeitsrente bei Eintritt einer Beeinträchtigung einer versicherten körperlichen Grundfähigkeit in den ersten fünf Jahren (Startervariante) kann bei Umtausch innerhalb dieser ersten fünf Jahre die Berufsunfähigkeitsrente höchstens die Hälfte der zu diesem Zeitpunkt versicherten Grundfähigkeitsrente betragen. Bei Umtausch ab Beginn des sechsten Jahres kann die Berufsunfähigkeitsrente höchstens so hoch sein wie die dann tatsächlich versicherte Grundfähigkeitsrente (ggf. einschließlich jener, die sich aus der Beitragserhöhung für die Grundfähigkeitsrente zu Beginn des sechsten Jahres ergibt). Für die Berufsunfähigkeitsabsicherung gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss der Grundfähigkeits-Versicherung. Den Umtausch können Sie spätestens einen Monat vor dem fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns bzw. spätestens innerhalb von sechs Monaten nach der erstmaligen Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums durch die versicherte Person beantragen. Als Voraussetzung für den Umtausch bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit ist zusammen mit dem Antrag auf Umtausch ein geeigneter Nachweis vorzulegen. Der Beitrag für die Berufsunfähigkeitsabsicherung richtet sich u. a. nach dem zum Umtauschzeitpunkt ausgeübten Beruf. Mit dem Umtausch erlischt die Grundfähigkeits-Versicherung. Maßgebend ist der zum Umtauschzeitpunkt für Neuabschlüsse geltende

Tarif der Berufsunfähigkeitsabsicherung einschließlich der dazugehörigen Versicherungsbedingungen. Als berufliche Tätigkeit im Sinne von Satz 1 gelten auch eine Berufsausbildung sowie eine selbstständige Tätigkeit. Nicht als berufliche Tätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen.

Erhöhung der Versicherungsleistung einer Schwere-Krankheiten-Versicherung

(10) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie im Rahmen Ihres Erhöhungsrechtes gemäß Absatz 2 kann – sofern in Ihrem Vertrag eine Schwere-Krankheiten-Versicherung eingeschlossen ist, kein Ausschlussgrund vorliegt und die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist – die Versicherungssumme erhöht werden. Die Erhöhung der Versicherungssumme darf bis zu 100 % der anfänglichen Versicherungssumme, maximal jedoch 75.000 €, in jedem Fall aber 25.000 € betragen. Hierbei werden die hinzukommenden Versicherungssummen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Fall schwerer Krankheiten angerechnet. Bei den Höchstsummen ebenfalls angerechnet werden versicherte Todesfallsummen im Sinne von Absatz 6.

(11) Das Recht auf Erhöhung der Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung besteht nicht bzw. erlischt, wenn bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne der maßgebenden Tarifbestimmungen für die Schwere-Krankheiten-Versicherung vorliegt.

Erhöhung der Pflegerente einer Pflegerenten-Versicherung

(12) Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie im Rahmen Ihres Erhöhungsrechtes gemäß Absatz 2 kann – vorbehaltlich von Absatz 3 – die bereits vereinbarten Pflegerente nach Maßgabe von Absatz 4 erhöht werden bzw. kann eine vom Leistungsumfang her gleichartige Pflegerente im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten durch eine Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung (mit)versichert werden. Die Erhöhung der jährlichen Pflegerente beträgt dabei maximal 3.600 €, innerhalb von fünf Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €. Hierbei werden die hinzukommenden Versicherungsleistungen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Pflegefall berücksichtigt. Bei den vorgenannten Höchstsummen werden als Versicherungsleistung angerechnet

- die jährliche Pflegerente einschließlich einer evtl. Bonusrente und eines evtl. Kundenbonus aus der Überschussbeteiligung sowie
- der auf kapitalbildende Versicherungen entfallende Beitrag für ein Jahr, sofern hierfür die Beitragsbefreiung bei Eintritt eines Pflegefalls der versicherten Person versichert ist.

(13) Das Recht auf Erhöhung der Leistungen aus der Pflegerenten-Versicherung besteht nicht bzw. erlischt, wenn

- die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist oder wenn aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit, Invalidität, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit beantragt oder erbracht werden bzw. wurden oder
- die jährliche Pflegerente aus allen bestehenden und gleichzeitig beantragten Versicherungen bei unserer Gesellschaft mehr als 24.000 € beträgt. Bei mehreren gleichzeitig beantragten Erhöhungen sind Leistungserhöhungen nur solange möglich, bis die Grenze von 24.000 € durch eine Erhöhung erstmals überschritten wird. Weitere gleichzeitig beantragte und künftige Erhöhungen sind dann nicht mehr möglich.

(14) Erhöhung der Pflegerentenoption

Bei jedem der in Absatz 1 genannten Ereignisse sowie im Rahmen Ihres Erhöhungsrechtes gemäß Absatz 2 kann – sofern in Ihrer Versicherung eine Pflegerentenoptions-Versicherung eingeschlossen ist, kein Ausschlussgrund vorliegt, die Anpassungsgarantie nicht erloschen ist und die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist – die maximal zu versichernde monatliche Pflegerente (Pflegerentenanwartschaft) erhöht werden. Dadurch erhöht sich der Betrag der Rente, bis zu dem zu dem im Antrag bzw. im Versicherungsschein genannten Termin (Optionstermin) für die versicherte Person eine Pflegerenten-Versicherung gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden kann, also unabhängig vom Gesundheitszustand der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt. Die Erhöhung des Jahresbetrags der ohne Gesundheitsprüfung versicherbaren Rente beträgt dabei maximal 3.600 €, innerhalb von fünf Jahren jedoch insgesamt maximal 12.000 €. Hierbei wird der hinzukommende Jahresbetrag aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Pflegerentenanwartschaft angerechnet.

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

(1) Wird eine Leistung aus einer Komponente beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person sowie die Auskunft nach § 15 vorgelegt werden.

(2) Vor jeder Rentenzahlung können wir auf unsere Kosten eine Bescheinigung darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

(3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht.

(4) Ferner sind die in den Tarifbestimmungen für die Komponenten zur Risikoabsicherung geltenden Mitwirkungspflichten zu beachten, wenn und soweit entsprechende Leistungen verlangt werden.

(5) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 4 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(6) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 12 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

aufhalten, bitten wir Sie, uns eine im Inland ansässige Person zu benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter). Ferner sind die in den Tarifbestimmungen für die Komponenten geltenden Besonderheiten bei Auslandsaufenthalten zu beachten.

§ 13 Wer erhält die Leistung?

(1) Leistungsempfänger

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

(2) Bezugsberechtigung

Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter). Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

(3) Abtretung und Verpfändung

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

(4) Anzeige

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

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

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

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 15 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

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

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Details zu in Deutschland geltenden Steuerregelungen können Sie den Informationen für den Versicherungsnehmer entnehmen.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

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

§ 16 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufern im Lastschriftverfahren
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen
- Anschriftermittlung
- Ausstellung eines Ersatz-Versicherungsscheins
- Versicherungsnehmerwechsel
- Wiederinkraftsetzung

§ 10 Abs. 3 bleibt unberührt.

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

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

§ 17 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.

§ 18 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

(1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(2) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 19 Wo ist der Gerichtsstand?

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

(2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk er seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist, die ihren Sitz ins Ausland verlegt.

Anhang der AVB zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Vertragskomponenten

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

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

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

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung von Komponenten kann für Sie Nachteile haben. Bei der Berechnung des Auszahlungsbetrags bzw. der beitragsfreien Versicherungsleistung nehmen wir den in den Versicherungsbedingungen vereinbarten Abzug vor. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil bei seiner Kalkulation folgende Umstände berücksichtigt werden:

Veränderungen der Risikolage

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

Ausgleich für Verwaltungsaufwand

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

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

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

Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Kundenbonus

Bei Abschluss des VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLANS erhalten Sie für die darin enthaltenen Komponenten zur Risikoabsicherung einen Kundenbonus in Form einer zusätzlichen Überschussbeteiligung. Wenn der jeweilige Versicherungsfall eintritt, wird die garantierte Versicherungsleistung um den jeweiligen Bonus aufgestockt. Im Antrag für einen VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN (nachfolgend „Antrag“ genannt) bzw. im Versicherungsschein ist dokumentiert, wie hoch der Kundenbonus ausfällt und für welchen Zeitraum er zunächst garantiert ist. Die Höhe des Kundenbonus kann nicht für die gesamte Vertragslaufzeit garantiert werden, da sie von der künftigen Überschussentwicklung abhängig ist.

Voraussetzung für den Kundenbonus ist, dass mindestens drei der Komponenten zur Risikoabsicherung gleichzeitig im VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN eingeschlossen sind. Soll eine von drei Komponenten eine Berufsunfähigkeits-Versicherung, Grundfähigkeits-Versicherung oder Pflegerenten-Versicherung sein, muss dabei eine Berufsunfähigkeitsrente, Grundfähigkeitsrente (Tarifbestandteil R/RS) oder Pflegerente (Tarifbestandteil P1, P2, P3 oder P4) mitversichert sein. Die alleinige Versicherung der Befreiung von der Beitragszahlungspflicht (Tarifbestandteil I bzw. G – ohne R/RS – bzw. P5) ist nur als weitere Komponente möglich.

Eine Pflegerentenoptions-Versicherung oder Schwere-Krankheiten-Versicherung darf nicht alleine als Komponente zur Risikoabsicherung im VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN verbleiben. Werden alle übrigen Komponenten zur Risikoabsicherung vorzeitig beendet, so muss auch die Komponente zur Pflegerentenoptions-Versicherung bzw. Schwere-Krankheiten-Versicherung beendet werden.

Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Berücksichtigung von gesundheitsbewusstem Verhalten im Rahmen der Überschussbeteiligung

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

Sofern die jeweilige Absicherungskomponente eingeschlossen ist und **wir es mit Ihnen im Versicherungsschein oder einem Nachtrag vereinbart haben**, berücksichtigen wir darüber hinaus auch bei den auf den Beitrag angerechneten Überschussanteilen der Absicherungskomponenten Todesfall-Versicherung, Berufsunfähigkeits-Versicherung und Schwere-Krankheiten-Versicherung nachgewiesenes gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person. Hierfür gelten die folgenden Regelungen:

Die nach den in § 2 Absatz 1 bis 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Komponenten zur Risikoabsicherung genannten Grundsätzen und den jeweiligen Tarifbestimmungen ermittelten, auf die Beitragszahlung der jeweiligen Absicherungskomponente angerechneten Überschussanteile werden auf der Grundlage des gesundheitsbewussten Verhaltens der versicherten Person erhöht oder vermindert. Das führt zu einer Verminderung bzw. Erhöhung des Zahlbeitrags. Die Festsetzung des garantierten Tarifbeitrags aufgrund des anfänglichen Gesundheitszustands und des gesundheitsbewussten Verhaltens in Form der Berücksichtigung des Rauchverhaltens gemäß den jeweiligen Tarifbestimmungen bleibt hiervon unberührt.

Zur Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens dient bis auf Weiteres der Generali Vitality Status der versicherten Person im Generali Vitality Programm der Generali Vitality GmbH. Zum jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns ist für die Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens und somit der davon abhängigen Höhe der Überschussanteile Ihrer Versicherung im jeweiligen neuen Versicherungsjahr der drei Monate vor dem jeweiligen Jahrestag erreichte Generali Vitality Status maßgeblich. Diesen meldet uns die Generali Vitality GmbH. Erstmals berücksichtigen wir für die weitere Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens die Meldung des Generali Vitality Status zum zweiten Jahrestag des Versicherungsbeginns.

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

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

Sofern das Generali Vitality Programm während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags nicht mehr angeboten wird und wir dann auch kein anderes geeignetes Programm hierfür anbieten, können wir das gesundheitsbewusste Verhalten für die individuelle Bemessung der Überschussanteile nicht mehr berücksichtigen. Stattdessen werden wir Ihren Absicherungskomponenten angemessene, verhaltensunabhängige Überschussanteile zuteilen.

Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung – Komponente beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLAN (AVB SP) gelten die nachfolgenden Tarifbestimmungen (TB BUV), sofern Sie die Berufsunfähigkeits-Versicherung als Komponente eingeschlossen haben. Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung handelt es sich um einen rechtlich selbstständigen Vertrag.

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung berufsunfähig im Sinne von § 2 dieser Tarifbestimmungen, so erbringen wir folgende Leistungen:

a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für alle Komponenten beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN (Tarifbestandteil I oder W);

b) Zahlung der jeweils vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist (Tarifbestandteil R). Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

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

Die Versicherungsleistungen erbringen wir während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, solange die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ablauf der Versicherung. Bei Versicherungen mit gegenüber der Leistungsdauer abgekürzter Versicherungsdauer werden Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung nur bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ende der Versicherungsdauer erbracht, dann jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer, sofern die Anspruchsvoraussetzungen weiter bestehen. Die Versicherungsleistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir aber nur in einfacher Höhe, auch wenn Kriterien für die

Berufsunfähigkeit nach § 2 Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 nebeneinander erfüllt sind.

Erbringen wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung, so berechnen wir die Leistungen der übrigen Komponenten des VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLANS (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung) so, als ob Sie deren Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung des Tarifs I bzw. W (Absatz 1a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1a Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente (Absatz 1b) wird während einer Berufsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung (siehe § 7) – aber nur erhöht, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben (siehe Absatz 3).

(3) Sofern Sie in Ihrem Vertrag eine garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben, erhöhen sich die gezahlten Berufsunfähigkeitsrenten während einer Leistungsphase jedes Jahr um den vereinbarten festen Steigerungssatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zum ersten Versicherungsjahreswechsel nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, an den anschließenden Versicherungsjahreswechseln zusammen mit der eventuellen jeweiligen Erhöhung aus der Überschussbeteiligung (siehe § 7 Abs. 2 c)). Bezugsgröße der Leistungsdynamik ist die jeweils erreichte garantierte Rente einschließlich der Rente aus der Überschussbeteiligung.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen?

(1) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % ihren zuletzt vor Eintritt dieses Zustands ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nicht mehr ausüben kann. Eine Verweisung auf eine andere Tätigkeit kommt nur dann in Betracht, wenn diese im Sinne von Absatz 7 a) bzw. Absatz 8 a) konkret ausgeübt wird (Verzicht auf abstrakte Verweisung).

(2) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von § 3 ist.

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

(4) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen liegt auch dann vor, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, unbefristet eine volle Erwerbsminderungsrente allein aus medizinischen Gründen gewährt. Unser Recht auf Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (siehe § 12) bleibt unberührt.

Eine befristete Leistung (siehe § 11 Abs. 2) gewähren wir auch dann, wenn die versicherte Person vor Vollendung des 55. Lebensjahres von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, allein aus medizinischen Gründen eine volle befristete Erwerbsminderungsrente erhält. Dabei kann allerdings der befristete Zeitraum für unsere Leistung von dem eventuellen befristeten Zeitraum abweichen, während dessen ein gesetzlicher oder berufsständischer Versorgungsträger eine Erwerbsminderungsrente gewährt.

Im Fall eines vereinbarten Leistungsausschlusses, der mitursächlich im Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeit steht, bewirkt der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers keinen Leistungsanspruch.

(5) Berufsunfähigkeits-Versicherung PLUS

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

(6) Berufsunfähigkeits-Versicherung EXTRA

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

(7) a) Keine Berufsunfähigkeit bei konkreter Ausübung einer zumutbaren anderen Tätigkeit

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen liegt nicht vor, wenn die versicherte Person nach Eintritt des in Absatz 1, 2 oder 3 beschriebenen Zustands eine zumutbare andere Tätigkeit ausübt und sie dazu aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu mehr als 50 % in der Lage ist. Eine zumutbare Tätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person die Tätigkeit aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. 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) Wiedereingliederungshilfe

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leisten, weil die versicherte Person tatsächlich im Sinne des Absatzes 7 a) eine zumutbare andere Tätigkeit als bei Anerkennung ihrer Berufsunfähigkeit ausübt, erbringen wir – sofern eine Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 1 Abs. 1 b) mitversichert ist – bei Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung eine einmalige Zahlung in Höhe von zwölf Monatsrenten (Wiedereingliederungshilfe). Die Basis hierfür bildet die erreichte Monatsrente inklusive erreichter eventuell eingeschlossener garantierter Rentensteigerungen aus der Leistungsdynamik und eventueller Rentensteigerungen aus der Überschussbeteiligung. Diese Wiedereingliederungshilfe zahlen wir nur, wenn die verbleibende vertraglich

vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Wenn bei der versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten nach Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der erneuten Anerkennung unserer Leistungspflicht die gezahlte Wiedereingliederungshilfe mit den künftigen Berufsunfähigkeitsrenten. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

Die Anforderungen an die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit gemäß § 12 und an die Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung sowie Ihre Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs gemäß § 13 bleiben unberührt.

(8) a) Keine Berufsunfähigkeit bei Umorganisation

Bei Selbstständigen oder beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern setzt vollständige Berufsunfähigkeit zusätzlich zu Absatz 1 bis 3 voraus, dass die versicherte Person ihren Beruf auch dann nicht ausüben kann, nachdem sie ihren Betrieb zumutbar umorganisiert hat oder umorganisieren könnte.

Die Umorganisation ist nur zumutbar, wenn

- sie keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert,
- die Lebensstellung der versicherten Person als Betriebsinhaber gewahrt bleibt,
- sie von der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens umgesetzt werden kann und
- der versicherten Person ein der bisherigen Position angemessener Tätigkeitsbereich geschaffen wird und dieser aus medizinischer Sicht möglich ist.

Eine Minderung des Einkommens von 20 % oder mehr bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten drei Jahre vor Abzug von Personensteuern gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als unzumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation, wenn der Betrieb der versicherten Person weniger als fünf angestellte Mitarbeiter beschäftigt. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

b) Umorganisationshilfe

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht bzw. nicht mehr leisten, weil die versicherte Person ihren Betrieb zumutbar gemäß Absatz a) umorganisiert, erbringen wir – sofern eine Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 1 Abs. 1 b) mitversichert ist – auf Antrag im Hinblick auf die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit eine einmalige Zahlung in Höhe der im Rahmen der Umorganisation angefallenen Kosten bis zu einer Höhe von zwölf Monatsrenten (Umorganisationshilfe). Die Basis hierfür bildet die erreichte Monatsrente inklusive erreichter eventuell eingeschlossener garantierter Rentensteigerungen aus der Leistungsdynamik und eventueller Rentensteigerungen aus der Überschussbeteiligung. Diese Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt des Antrags auf Umorganisationshilfe die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Wenn bei der versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten nach Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der erneuten Anerkennung unserer Leistungspflicht die gezahlte Umorganisationshilfe mit den künftigen Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals beantragen, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht. Die Umorganisationshilfe zahlen wir nicht, wenn wir eine Wiedereingliederungshilfe gemäß Absatz 7 b) erbringen.

Die Anforderungen an die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit gemäß § 12 und an die Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung sowie Ihre Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs gemäß § 13 bleiben unberührt.

(9) Bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das dem Ausbildungsziel entsprechende Berufsbild zugrunde gelegt. Berufsunfähigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer evtl. anderweitigen Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 7 a)) entspricht.

(10) Bei Studierenden gilt als zuletzt ausgeübter Beruf das zuletzt betriebene Regelstudium. Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn der bei Antragstellung angegebene angestrebte Beruf nicht mehr gemäß Absatz 1 ausgeübt werden kann. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Berufsakademie. Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein. Berufsunfähigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn die versicherte Person ein anderes Studium oder eine andere berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 7 a)) entspricht.

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

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

§ 3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen?

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

(2) Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

a) Fortbewegen im Zimmer = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

b) Aufstehen und Zubettgehen = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

c) An- und Auskleiden = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

e) Waschen, Kämmen oder Rasieren = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

f) Verrichten der Notdurft = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

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

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

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

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

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

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

(2) Versicherte Grundfähigkeiten

a) Sehen

Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch nach Einsatz von Hilfsmitteln oder therapeutischen Maßnahmen so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

b) Sprechen

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

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

c) Hören

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

d) Gehen

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

e) Eine Hand gebrauchen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder der linken Hand nicht mehr in der Lage ist,

- einen maximal 250 Gramm wiegenden Alltagsgegenstand (z. B. ein Wasserglas oder eine handelsübliche Packung Butter) zu greifen und eine Minute lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten, ohne dass er ihr aus der Hand fällt, oder
- einen intakten Wasserhahn zu- und wieder aufzudrehen.

f) Einen Arm gebrauchen

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

g) Knien/Bücken

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft zu bücken oder hinzuknien, um mit den Fingern den

Boden zu berühren, und sich danach wieder aufzurichten.

h) Heben/Tragen

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

(3) Nachweis der Beeinträchtigung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(6) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person erbringen und nach Abschluss der Leistungsprüfung feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 vorliegt, rechnen wir den Zeitraum ab dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 eingetreten ist, wir gleichzeitig aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, auf die maximale Leistungsdauer von insgesamt 18 Monaten nach Absatz 3 nicht an.

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

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

(1) Die Berufsunfähigkeits-Versicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtrauchertarif abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.

(2) Ist für diese Versicherung der Nichtrauchertarif vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

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

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns auf unsere Fragen in Textform wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie kein Nichtraucher im Sinne von Absatz 2a, also Raucher sind. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Zu den Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht siehe § 6 AVB SP.

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

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

versichert, so ist auch diese – neben Ihnen – dafür verantwortlich, dass nach Abgabe der Vertragserklärung keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

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

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

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

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

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

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

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

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

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

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

§ 7 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer können Sie § 2 AVB SP entnehmen.

(2) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

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

b) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Tarifbestandteil I oder W bzw. für den Tarifbestandteil R sowie ggf. bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung gewährt wurden und in der aufgrund gegenüber der Versicherungsdauer abgekürzter Beitragszahlungsdauer keine Beitragszahlungspflicht bestand, im Verhältnis zu dem auf den Tarifbestandteil I oder W bzw. auf den Tarifbestandteil R entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Wurde die Versicherung gemäß § 15 Abs. 10 in eine beitragsfreie Versicherung umgestellt, wird der Schlussüberschussanteil für die beitragsfreien Jahre, in denen keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung gewährt wurden, im Verhältnis zur versicherten beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente 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 Versicherungsdauer des Tarifbestandteils I oder W bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Tarifbestandteils 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.

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

e) Kundenbonus

Die zusätzliche Überschussbeteiligung entsprechend der Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Kundenbonus verwenden wir, um die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente aufzustocken. Der Kundenbonus wird in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bei Beginn der Leistungspflicht bemessen. Die Höhe des Kundenbonus bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht festgelegten Kundenbonus-Satz. Solange wegen Berufsunfähigkeit ununterbrochen eine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt wird, bleibt der Kundenbonus-Satz für diese Rentenleistung unverändert. Wird keine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt, wird keine Leistung aus dem Kundenbonus fällig. Falls vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit der Kundenbonus-Satz vermindert werden sollte, teilen wir Ihnen dies rechtzeitig mit. In diesem Fall haben Sie das Recht, zum Zeitpunkt der Verminderung des Kundenbonus-Satzes die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Beitragszahlung derart nachzuversichern, dass die Berufsunfähigkeitsrente einschließlich Kundenbonus die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

(3) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Berufsunfähigkeits-Versicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (siehe § 2 Abs. 2c AVB SP). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (siehe Absatz 2b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

§ 8 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

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

(2) Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen grundsätzlich erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wir leisten aber für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren rückwirkend – gerechnet ab dem Monat der Meldung – für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgenden Monats leisten.

(3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen.

(4) Der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 11 Abs. 2), wenn die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung abläuft.

§ 9 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässig und grob fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeiten sind von diesem Ausschluss nicht betroffen. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr verursacht wurde;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;

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

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

Zusätzlich zu § 10 AVB SP gilt:

(1) Wird eine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf (Anamnese) und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit bzw. auf den Umfang der Pflegebedürftigkeit; stattdessen bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung PLUS im Falle von § 2 Abs. 5 ausführliche Berichte eines Facharztes zum Verlust einer Grundfähigkeit gemäß § 4;

c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person und der inzwischen eingetretenen Veränderungen mit Einkommensnachweisen;

d) eine Darstellung der durch Ausbildung und Erfahrung bisher erlangten beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der versicherten Person sowie Zeugnisse;

e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

f) eine Aufstellung sowie Berichte und Unterlagen

- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geltend machen könnte,
- über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

(3) Grundsätzlich verlangen wir nicht, dass die versicherte Person ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt auch für operative Maßnahmen, die das Leiden heilen oder mindern. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person jedoch folgen. Dies gilt für

- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.
- Heilbehandlungen, wenn sie
  - o gefahrlos sind,
  - o nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
  - o eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person dadurch verbessert.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 10 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 18 Monaten – befristen, wenn

- sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen 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.

§ 12 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 § 11 Abs. 2. Dabei können wir bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Abs. 1, 2, 3 oder 4 insbesondere erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 7 a) bzw. Abs. 8 a) ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Abs. 5 können wir prüfen, ob für die versicherte Person weiterhin eine Beeinträchtigung einer körperlichen Grundfähigkeit im Sinne von § 4 besteht. Die Mitwirkungspflichten des § 10 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.

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

(1) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1, 2, 4 oder – sofern eingeschlossen – 5 dieser Tarifbestimmungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des 3. Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (§ 2 Abs. 6, § 5) erlischt der Leistungsanspruch ab dem Zeitpunkt, ab dem keine vollständige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt oder wenn wir eine Leistung wegen anderweitiger Berufsunfähigkeit aufgrund von § 2 erbringen, spätestens nach einer Leistungsdauer von insgesamt 18 Monaten. Die Einstellung unserer Leistungen teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Ab dem Zeitpunkt, zu dem unsere Leistungspflicht erlischt, muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

(2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraumes prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen und beruflichen Verhältnissen der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1, 2, 4 oder – sofern eingeschlossen – 5 dieser Tarifbestimmungen besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 10. In diesem Fall werden wir § 2 Abs. 11 nicht anwenden.

(3) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 9, 11 oder 12 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-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 Tarifbestimmungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 15 Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?

(1) Kündigung

Sie können Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen – ganz oder teilweise – kündigen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(2) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung für die Berufsunfähigkeits-Versicherung den

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

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungskapital der Versicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 8 Absatz 2 Satz 4 AVB SP).

(4) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert, sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherung handelt. Der Abzug wird im Verhältnis zur jeweils versicherten Berufsunfähigkeitsrente; seine Höhe finden Sie in der Anlage zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird. Zudem werden damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB SP).

(5) Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

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

(6) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- einem Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 7 Abs. 2b für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist,
- den Ihrem Vertrag gemäß § 7 Abs. 3 zuzuteilenden Bewertungsreserven soweit bei Kündigung vorhanden.

(7) Hinweis

Wenn Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicher-

ten Berufsunfähigkeitsrisikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 8 AVB SP) benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(8) Kündigung und Berufsunfähigkeit

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

(9) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(10) Beitragsfreistellung

Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen – sofern wir keine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung erbringen – verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir, wenn als Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung auch die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente (siehe § 1 Abs. 1 b) vereinbart ist, diese vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation,
- für den Termin der Beitragsfreistellung,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 3),
- vermindert um den Abzug (Absatz 11).

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

Ist als Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung nur die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für alle Komponenten beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN vereinbart (siehe § 1 Abs. 1 a)), führt eine Beitragsfreistellung der Berufsunfähigkeits-Versicherung oder anderer Komponenten des VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLANs bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung dazu, dass das entsprechende, aus ihr eventuell verfügbare Kapital wie bei einer Kündigung (siehe Absätze 1 bis 9) ausgezahlt wird.

(11) Abzug

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

(12) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Berufsunfähigkeitsrisikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 8 AVB SP) benötigt werden, ist nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(13) Beitragsfreistellung und Berufsunfähigkeit

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung aufgrund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

(14) Mindestbetrag für die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 10 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente nicht den Mindestbetrag von jährlich 300 €, so erhalten Sie den Auszahlungsbetrag (Absatz 2) und die Berufsunfähigkeits-Versicherung endet. Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die herabgesetzte Berufsunfähigkeitsrente die jährliche Mindestrente von 300 € (Tarif RS 600 €) erreicht.

§ 16 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

(1) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt weltweit.

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

Tarifbestimmungen für die Grundfähigkeits-Versicherung – Komponente beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLAN (AVB SP) gelten die nachfolgenden Tarifbestimmungen (TB GFV), sofern Sie die Grundfähigkeits-Versicherung als Komponente eingeschlossen haben. Bei der Grundfähigkeits-Versicherung handelt es sich um einen rechtlich selbstständigen Vertrag.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir bei Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten?	§ 1
Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Tarifbestimmungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?	§ 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung bei der Grundfähigkeits-Versicherung?	§ 3
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Was gilt für die Nachprüfung der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit?	§ 8
Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?	§ 9
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?	§ 10
Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?	§ 11
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 12

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten?

(1) Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer der Grundfähigkeits-Versicherung eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Tarifbestimmungen ein, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für alle Komponenten beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN (Tarifbestandteil G);

b) Zahlung der jeweils vereinbarten Grundfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist (Tarifbestandteil R). Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

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

Die Versicherungsleistungen erbringen wir, solange die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gemäß § 2 besteht und die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ablauf der Versicherung. Bei Versicherungen mit gegenüber der Leistungsdauer abgekürzter Versicherungsdauer werden Leistungen aus der Grundfähigkeits-Versicherung nur bei Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit vor Ende der Versicherungsdauer erbracht, dann jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer, sofern die Anspruchsvoraussetzungen weiter bestehen.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Beeinträchtigungen von körperlichen Fähigkeiten nebeneinander, erbringen wir die Versicherungsleistung aber nur in einfacher Höhe.

Erbringen wir Leistungen aus der Grundfähigkeits-Versicherung, so berechnen wir die Leistungen der übrigen Komponenten des VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLANS (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung) so, als ob Sie deren Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung des Tarifs G (Absatz 1a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von Absatz 1a Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Eine laufende Grundfähigkeitsrente (Absatz 1b) wird während der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung (siehe § 3) – aber nur erhöht, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben (siehe Absatz 3).

(3) Sofern Sie in Ihrem Vertrag eine garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben, erhöhen sich die gezahlten Grundfähigkeitsrenten während einer Leistungsphase jedes Jahr um den vereinbarten festen Steigerungssatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zum ersten Versicherungsjahreswechsel nach Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen, an den anschließenden Versicherungsjahreswechseln zusammen mit der eventuellen jeweiligen Erhöhung aus der Überschussbeteiligung (siehe § 3 Abs. 2 c). Bezugsgröße der Leistungsdynamik ist die jeweils erreichte garantierte Rente einschließlich der Rente aus der Überschussbeteiligung.

§ 2 Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Tarifbestimmungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?

(1) Wenn bei der versicherten Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die fachärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen eine Beeinträchtigung einer der nachstehenden acht körperlichen Fähigkeiten im beschriebenen Umfang bestehen wird oder bereits sechs Monate ununterbrochen bestand, so liegt von Beginn dieses Zustands an eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor. Die Beeinträchtigung einer der beschriebenen körperlichen Fähigkeiten gilt als Verlust einer Grundfähigkeit.

(2) Versicherte Grundfähigkeiten

a) Sehen

Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch nach Einsatz von Hilfsmitteln oder therapeutischen Maßnahmen so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

b) Sprechen

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

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

c) Hören

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

d) Gehen

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

e) Eine Hand gebrauchen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder der linken Hand nicht mehr in der Lage ist,

- einen maximal 250 Gramm wiegenden Alltagsgegenstand (z. B. ein Wasserglas oder eine handelsübliche Packung Butter) zu greifen und eine Minute lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten, ohne dass er ihr aus der Hand fällt, oder
- einen intakten Wasserhahn zu- und wieder aufzudrehen.

f) Einen Arm gebrauchen

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

g) Knien/Bücken

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

h) Heben/Tragen

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

(3) Nachweis der Beeinträchtigung

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

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung bei der Grundfähigkeits-Versicherung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer können Sie § 2 AVB SP entnehmen.

(2) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

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

b) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Tarifbestandteil G bzw. für den Tarifbestandteil R sowie ggf. bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-

Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Grundfähigkeits-Versicherung gewährt wurden und in der aufgrund gegenüber der Versicherungsdauer abgekürzter Beitragszahlungsdauer keine Beitragszahlungspflicht bestand, im Verhältnis zu dem auf den Tarifbestandteil G bzw. auf den Tarifbestandteil R entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Wurde die Versicherung gemäß § 11 Abs. 10 in eine beitragsfreie Versicherung umgestellt, wird der Schlussüberschussanteil für die beitragsfreien Jahre, in denen keine Leistungen aus der Grundfähigkeits-Versicherung gewährt wurden, im Verhältnis zur versicherten beitragsfreien Grundfähigkeitsrente 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 Versicherungsdauer des Tarifbestandteils G bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Tarifbestandteils R mit 7,5 % p. a. diskontiert.

c) Laufende Grundfähigkeitsrente

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

d) Die Höhe der Überschussanteile kann von der Versicherungsdauer abhängen.

e) Kundenbonus

Die zusätzliche Überschussbeteiligung entsprechend der Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Kundenbonus verwenden wir, um die vereinbarte Grundfähigkeitsrente aufzustocken. Der Kundenbonus wird in Prozent der vereinbarten Grundfähigkeitsrente bei Beginn der Leistungspflicht bemessen. Die Höhe des Kundenbonus bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht festgelegten Kundenbonus-Satz. Solange ununterbrochen eine Grundfähigkeitsrente gezahlt wird, bleibt der Kundenbonus-Satz für diese Rentenleistung unverändert. Wird keine Grundfähigkeitsrente gezahlt, wird keine Leistung aus dem Kundenbonus fällig. Falls vor Eintritt einer Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der Kundenbonus-Satz vermindert werden sollte, teilen wir Ihnen dies rechtzeitig mit. In diesem Fall haben Sie das Recht, zum Zeitpunkt der Verminderung des Kundenbonus-Satzes die versicherte Grundfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Beitragszahlung derart nachzuversichern, dass die Grundfähigkeitsrente einschließlich Kundenbonus die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

(3) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Grundfähigkeits-Versicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (siehe § 2 Abs. 2c AVB SP). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (siehe Absatz 2b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Grundfähigkeits-Versicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

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

§ 4 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

(1) Der Anspruch auf die Leistungen gemäß § 1 entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit (§ 2) folgt, es sei denn, aus dem nachstehenden Absatz 2 ergibt sich ein späterer Beginn.

(2) Wird uns die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Leistungen 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 Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit 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 Leistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen.

(4) Der Anspruch auf die Leistungen erlischt, wenn die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 7 Abs. 2), wenn die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer der Grundfähigkeits-Versicherung abläuft.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit 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 Aufent-

haltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässig und grob fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeiten sind von diesem Ausschluss nicht betroffen. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn der Verlust der Grundfähigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr verursacht wurde;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;

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

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

Zusätzlich zu § 10 AVB SP gilt:

(1) Wird eine Leistung aus der Grundfähigkeits-Versicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

a) ausführliche Berichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf (Anamnese) und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über dessen Auswirkungen auf die in § 2 beschriebenen Fähigkeiten;

b) eine Aufstellung

- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,

- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit 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) Grundsätzlich verlangen wir nicht, dass die versicherte Person ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt auch für operative Maßnahmen, die das Leiden heilen oder mindern. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person jedoch folgen. Dies gilt für

- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.
- Heilbehandlungen, wenn sie
  - gefahrlos sind,
  - nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
  - eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person dadurch verbessert.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 6 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 18 Monaten – befristen, wenn

- sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
- die medizinischen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,
- die versicherte Person eine Rehabilitationsmaßnahme 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 Was gilt für die Nachprüfung der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit?

(1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit nach § 2 nachzuprüfen; dies gilt nicht bei einem zeitlich begrenzten Anerkenntnis nach § 7 Abs. 2. 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.

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

(1) Liegt eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Tarifbestimmungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des 3. 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 eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Tarifbestimmungen besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 6.

(3) Eine Besserung des Gesundheitszustandes muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden.

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 5, 7 oder 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Grundfähigkeits-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 Tarifbestimmungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 11 Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?

(1) Kündigung

Sie können Ihre Grundfähigkeits-Versicherung unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen – ganz oder teilweise – kündigen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(2) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung für die Grundfähigkeits-Versicherung den

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

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungskapital der Versicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 8 Absatz 2 Satz 4 AVB SP).

(4) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert, sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherung handelt. Der Abzug wird im Verhältnis zur jeweils versicherten Grundfähigkeitsrente; seine Höhe finden Sie in der Anlage zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird. Zudem werden damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB SP).

(5) Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

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

(6) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- einem Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 3 Abs. 2b für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist,
- den Ihrem Vertrag gemäß § 3 Abs. 3 zuzuteilenden Bewertungsreserven soweit bei Kündigung vorhanden.

(7) Hinweis

Wenn Sie Ihre Grundfähigkeits-Versicherung kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 8 AVB SP) benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(8) Kündigung und Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit

Besteht für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit, bleiben Ansprüche aus der Grundfähigkeits-Versicherung aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit unberührt.

(9) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(10) Beitragsfreistellung

Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen – sofern wir keine Leistung aus der Grundfähigkeits-Versicherung erbringen – verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir, wenn als Leistung aus der Grundfähigkeits-Versicherung auch die Zahlung einer Grundfähigkeitsrente (siehe § 1 Abs. 1 b)) vereinbart ist, diese vereinbarte Grundfähigkeitsrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation,
- für den Termin der Beitragsfreistellung,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 3),
- vermindert um den Abzug (Absatz 11).

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

Ist als Leistung aus der Grundfähigkeits-Versicherung nur die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für alle Komponenten beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN vereinbart (siehe § 1 Abs. 1 a)), führt eine Beitragsfreistellung der Grundfähigkeits-Versicherung oder anderer Komponenten des VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLANs bei der Grundfähigkeits-Versicherung dazu, dass das entsprechende, aus ihr eventuell verfügbare Kapital wie bei einer Kündigung (siehe Absätze 1 bis 9) ausgezahlt wird.

(11) Abzug

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

(12) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 8 AVB SP) benötigt werden, ist nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 zur Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Grundfähigkeitsrente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(13) Beitragsfreistellung und Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit

Besteht für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit, bleiben Ansprüche aus der Grundfähigkeits-Versicherung aufgrund einer bereits vor Beitragsfreistellung eingetretenen Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit unberührt.

(14) Mindestbetrag für die beitragsfreie Grundfähigkeitsrente

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 10 zu berechnende beitragsfreie Grundfähigkeitsrente nicht den Mindestbetrag von jährlich 300 €, so erhalten Sie den Auszahlungsbetrag (Absatz 2) und die Grundfähigkeits-Versicherung endet. Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die herabgesetzte Grundfähigkeitsrente die jährliche Mindestrente von 300 € (Tarifbestandteil S 600 €) erreicht.

§ 12 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

(1) Der Versicherungsschutz aus der Grundfähigkeits-Versicherung 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.

Tarifbestimmungen für die Schwere-Krankheiten-Versicherung - Komponente beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLAN (AVB SP) gelten die nachfolgenden Tarifbestimmungen (TB SV), sofern Sie die Schwere-Krankheiten-Versicherung als Komponente eingeschlossen haben. Bei der Schwere-Krankheiten-Versicherung handelt es sich um einen rechtlich selbstständigen Vertrag.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistung erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Schwere-Krankheiten-Versicherung?	§ 3
Wann wird unsere Leistung fällig?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?	§ 7

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?

(1) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn für die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung eine schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen eintritt. Die versicherten schweren Krankheiten sind

1. Krebs,
2. Herzinfarkt und
3. Schlaganfall.

In welchem Umfang diese Krankheiten versichert sind, ist in der „Anlage zu den Tarifbestimmungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“ aufgeführt. Die Anlage ist Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Die Leistung zahlen wir aber grundsätzlich nur, wenn die versicherte Person 28 Tage nach der ärztlichen Diagnose der definierten schweren Krankheit noch lebt. Die Versicherungsleistung wird nur einmal beim erstmaligen Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten fällig. Der Tod der versicherten Person ist kein Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer können Sie § 2 AVB SP entnehmen

(2) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Die Überschussbeteiligung setzt mit dem Beginn der Versicherung ein. Die laufenden Überschussanteile rechnen wir, sofern Ihre Versicherung nicht beitragsfrei ist, auf Ihre Beitragszahlungen an, so dass Sie statt des Tarifbeitrags nur einen grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten haben. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung wird im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die Schwere-Krankheiten-Versicherung (einschließlich eines evtl. Risikozuschlags) bemessen. Entfällt für eine Schwere-Krankheiten-Versicherung aufgrund einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Versicherung während einer Berufsunfähigkeit bzw. wegen des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit die Beitragszahlungspflicht, teilen wir zu Beginn der Monate, die der früheren Beitragszahlungsweise entsprechen, laufende Überschussanteile im Verhältnis zum letzten für die Schwere-Krankheiten-Versicherung maßgebenden Tarifbeitrag zu. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Schwere-Krankheiten-Versicherung ausgezahlt. Falls die Beitragszahlung vorzeitig eingestellt wurde, erhalten Sie keine weiteren Überschusszuteilungen auf den letzten Tarifbeitrag.

b) Schluss-Überschussanteil

Darüber hinaus kann für beitragsfreie Zeiten bei Beendigung der Schwere-Krankheiten-Versicherung ab dem 3. Versicherungsjahr durch Fälligkeit der Leistung, Tod der versicherten Person, Rückkauf oder Ablauf als Überschussbeteiligung ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Der Schluss-Überschussanteil wird dann für beitragsfreie Zeiten – bei Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer ab dem 3. Versicherungsjahr – im Verhältnis zur Versicherungssumme bemessen. Bei vor-

zeitiger Beendigung durch Fälligkeit der Leistung, Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der Schluss-Überschussanteil für die verbleibenden Jahre bis zum vereinbarten Ablauf der für die Schwere-Krankheiten-Versicherung geltenden Versicherungsdauer mit 7,5 % p. a. diskontiert.

c) Kundenbonus

Die zusätzliche Überschussbeteiligung entsprechend der Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Kundenbonus verwenden wir, um die vereinbarte Leistung aufzustocken. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung, die wir im Verhältnis zur vereinbarten Versicherungssumme bemessen, wird unter den gleichen Voraussetzungen wie die garantierte Versicherungssumme fällig, wenn für die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung eine versicherte schwere Krankheit eintritt. Die Höhe des Kundenbonus bemisst sich stets nach dem zu diesem Zeitpunkt festgelegten Satz. Falls der Prozentsatz des Kundenbonus vermindert werden sollte, teilen wir Ihnen dies rechtzeitig mit. In diesem Fall haben Sie das Recht, zum Zeitpunkt der Verminderung des Kundenbonus-Satzes die garantierte Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Beitragszahlung derart aufzustocken, dass Ihr Versicherungsschutz die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

(3) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Schwere-Krankheiten-Versicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (siehe § 2 Abs. 2c AVB SP). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 2b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Schwere-Krankheiten-Versicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

§ 3 Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Schwere-Krankheiten-Versicherung?

(1) Die Schwere-Krankheiten-Versicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtrauchertarif abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.

(2) Ist für diese Versicherung der Nichtrauchertarif vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

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

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, auf unsere Fragen in Textform uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie kein Nichtraucher im Sinne von Absatz 2a, also Raucher sind. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Zu den Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht siehe § 6 AVB SP.

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

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

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

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

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

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

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

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

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

Wurde vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung ohne unsere Einwilligung vorsätzlich vorgenommen und wurde uns dies nicht unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt, beschränkt sich die versicherte Leistung auf zwei Drittel der vereinbarten Versicherungssum-

me. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war. Wir werden uns im Fall der Gefahrerhöhung nicht auf die Leistungsverringerung berufen, wenn zwischen Gefahrerhöhung und Eintritt des Versicherungsfalles mehr als 10 Jahre vergangen sind.

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

§ 4 Wann wird unsere Leistung fällig?

(1) Der Anspruch auf die Leistung entsteht – sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt – grundsätzlich nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose der versicherten schweren Krankheit (siehe § 1). Bis zum Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose sind die Beiträge in voller Höhe fällig. Beachten Sie bitte: Bei einem Schlaganfall besteht folgende Sonderregelung: Die Beurteilung, ob die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen (siehe „Anlage zu den Tarifbestimmungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“, 3. Schlaganfall, Abs. 2. Stirbt die versicherte Person vor Ablauf der vorgenannten Frist von drei Monaten, aber nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose, leisten wir, wenn die versicherte Person die Leistungsvoraussetzungen ununterbrochen vom Schlaganfall bis zu ihrem Tod erfüllt hat. Auch bei einem Schlaganfall sind die Beiträge bis zum Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose in voller Höhe fällig. Die vorstehende Frist von drei Monaten hat keinen Einfluss auf die Beitragsfälligkeit. Während dieses Zeitraums entrichtete, aber nicht mehr fällige Beiträge werden wir erstatten.

(2) Bei einer Krebserkrankung beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit (siehe „Anlage zu den Tarifbestimmungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“, 1. Krebs, Abs. 3). Die Wartezeit beginnt, nachdem Sie den ersten Beitrag bezahlt haben.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die schwere Krankheit der versicherten Person beruht.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die schwere Krankheit 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. In diesem Fall beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Diagnosetag berechneten Auszahlungsbetrags (siehe § 7). Dies gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die schwere Krankheit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die schwere Krankheit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;

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

h) durch Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten oder bei der Einnahme von Gift.

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

Zusätzlich zu § 10 AVB SP gilt:

(1) Bitte informieren Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern), wenn bei der versicherten Person eine der drei schweren Krankheiten vorliegt. Wird eine Leistung aus dieser Versicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, zu geben und Nachweise vorzulegen:

a) die ärztliche Diagnose und Indikation (medizinische Maßnahme) der schweren Krankheit;

b) den Operationsbericht für die Operation einer schweren Krankheit;

c) Unterlagen über Laboruntersuchungen, EKG.

Dabei müssen in Bezug auf die drei versicherten schweren Krankheiten spezifische Unterlagen von qualifizierten Ärzten vorgelegt werden. Die notwendigen Unterlagen sowie die in Frage kommenden Ärzte sind in der „Anlage zu den Tarifbestimmungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“ aufgeführt.

(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. Darüber hinaus können wir erforderliche Erhebungen selbst anstellen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss.

§ 7 Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?

(1) Kündigung der Versicherung

Sie können Ihre Schwere-Krankheiten-Versicherung unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen – ganz oder teilweise – kündigen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(2) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung den

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

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

(3) Rückkaufswert

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

(4) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt 60 €, aber nur, falls nicht gleichzeitig eine Todesfall-Versicherung als Komponente zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN eingeschlossen ist. Unabhängig davon gilt: Sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherung handelt, kommt (ggf. zusätzlich) als Abzug ein Betrag im Verhältnis zur jeweiligen Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Versicherung in Frage; seine Höhe finden Sie in der Anlage zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird; zudem werden damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB SP).

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

(5) Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

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

(6) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, verzinslich angesammelten Überschussanteilen (§ 2 Abs. 2a), soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 2 bis 5 berechneten Betrag enthalten sind,
- dem Schlussüberschussanteil nach § 2 Abs. 2b und
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 2 Abs. 3 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

(7) Hinweis

Die Kündigung der Schwere-Krankheiten-Versicherung kann für Sie Nachteile haben: Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss (Absatz 3) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(8) Beitragsfreistellung

Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Versicherung auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 3),
- vermindert um den Abzug (Absatz 9).

(9) Abzug

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

(10) Hinweis

Die Beitragsfreistellung der Schwere-Krankheiten-Versicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss (Absatz 3)

sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Versicherung vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(11) Mindestbetrag für die beitragsfreie Versicherungssumme

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht zur Schwere-Krankheiten-Versicherung verlangt und erreicht die nach Absatz 8 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 1.000 € (beitragsfreie Mindest- Versicherungssumme) nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach Absatz 2 und die Schwere-Krankheiten-Versicherung endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht zur Schwere-Krankheiten-Versicherung können Sie nur verlangen, wenn die herabgesetzte Versicherungssumme die beitragspflichtige Mindest-Versicherungssumme von 2.500 € erreicht. Anderenfalls können Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangen. Dieser Antrag führt zur beitragsfreien Fortsetzung der Versicherung, sofern die beitragsfreie Mindest-Versicherungssumme von 1.000 € erreicht wird.

Anlage zu den Tarifbestimmungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten

1. Krebs

(1) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes durch einen qualifizierten Arzt (Onkologen oder Pathologen) bestätigt sein.

(2) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

a) Alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut)

b) Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder praemaligne und nicht-invasive Formen.

c) Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann-Arbor-Klassifikation)

d) Leukämie, sofern diese keine Anämie verursacht hat

e) Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM-Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.

f) Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0

g) Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0

(3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder

b) eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

2. Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr geführt hat, wenn zusätzlich jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist und durch einen qualifizierten Arzt (Kardiologen) nachgewiesen wird:

a) Neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, werden nachgewiesen.

b) Die herzspezifischen Marker weisen einen für Herzinfarkt charakteristischen Verlauf auf.

c) Im betroffenen Herzmuskelbereich ist ein Funktionsverlust durch eine verminderte Auswurfleistung des Herzens unter 55 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen nachweisbar.

3. Schlaganfall

(1) Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine akute Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakranialen oder subarachnoidalen Blutung, wobei zusätzlich jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

a) Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch einen qualifizierten Arzt (Neurologen / Internisten / Intensivmediziner) und mittels CT, MRT oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.

b) Der Schlaganfall muss zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen Funktionsausfall führen. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird.

(2) Die Beurteilung, ob die unter 1 b) aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens 3 Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

(3) Bei einer vorübergehenden Hirndurchblutungsstörung (TIA – transitorische ischämische Attacke), welche neurologische Ausfallerscheinungen hervorruft, die sich innerhalb von 24 Stunden vollständig zurückbilden, wird nicht geleistet.

Qualifizierte Ärzte

Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen und der Anlage sind Fachärzte/-innen, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz und die USA. Wir können auf Antrag auch Fachärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen. Als qualifizierte Ärzte kommen nicht in Frage die versicherte Person selbst und der Versicherungsnehmer, ein Lebens- bzw. Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person sowie ein Lebens- bzw. Ehepartner oder ein Verwandter des Versicherungsnehmers.

Tarifbestimmungen für die Todesfall-Versicherung - Komponente beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLAN (AVB SP) gelten die nachfolgenden Tarifbestimmungen (TB TV), sofern Sie die Todesfall-Versicherung als Komponente eingeschlossen haben. Bei der Todesfall-Versicherung handelt es sich um einen rechtlich selbstständigen Vertrag.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung bei der Todesfall-Versicherung?	§ 2
Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Todesfall-Versicherung?	§ 3
Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 4
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung, und welche Leistungen erbringen wir bzw. welche Auswirkungen hat die Beitragsfreistellung auf unsere Leistung?	§ 7

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Todesfall-Versicherung stirbt.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung bei der Todesfall-Versicherung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer können Sie § 2 AVB SP entnehmen.

(2) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Bei Todesfall-Versicherungen mit laufender Beitragszahlung setzt die Überschussbeteiligung mit dem Beginn der Todesfall-Versicherung 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-Versicherung (einschließlich eines evtl. Risikozuschlags) bemessen. Entfällt für eine Todesfall-Versicherung aufgrund einer Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Versicherung während einer Berufsunfähigkeit bzw. wegen der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit die Beitragszahlungspflicht, teilen wir zu Beginn der Monate, die der früheren Beitragszahlungsweise entsprechen, laufende Überschussanteile im Verhältnis zum letzten für die Todesfall-Versicherung maßgebenden Tarifbeitrag zu. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Todesfall-Versicherung 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-Versicherung ab dem 3. Versicherungsjahr durch Tod der versicherten Person, Rückkauf oder Ablauf als Überschussbeteiligung ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Der Schluss-Überschussanteil wird dann für beitragsfreie Zeiten – bei Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer 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-Versicherung geltenden Versicherungsdauer mit 7,5 % p. a. diskontiert.

c) Die zusätzliche Überschussbeteiligung entsprechend der Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN (Kundenbonus) verwenden wir, um die für den Todesfall vereinbarte Leistung aufzustocken. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung, die wir im Verhältnis zur vereinbarten Todesfallsumme bemes-

sen, wird bei Tod der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer fällig. Die Höhe des Kundenbonus bemisst sich stets nach dem zum Zeitpunkt des Todes festgelegten Satz. Falls der Prozentsatz des Kundenbonus vermindert werden sollte, teilen wir Ihnen dies rechtzeitig mit. In diesem Fall haben Sie das Recht, zum Zeitpunkt der Verminderung des Kundenbonus-Satzes die garantierte Todesfall-Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Beitragszahlung derart aufzustocken, dass Ihr gesamter Todesfallschutz die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

(3) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Todesfall-Versicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (siehe § 2 Abs. 2c AVB SP). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 2b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Todesfall-Versicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

§ 3 Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Todesfall-Versicherung?

(1) Die Todesfall-Versicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtrauchertarif abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.

(2) Ist für die Todesfall-Versicherung der Nichtrauchertarif vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

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

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, auf unsere Fragen in Textform uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie kein Nichtraucher im Sinne von Absatz 2a, also Raucher sind. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Zu den Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht siehe § 6 AVB SP.

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, Raucher geworden ist, also eine Zigarette, Zigarre, Pfeife oder ein Zigarillo geraucht hat oder eine elektrische Zigarette, elektrische Zigarre, elektrische Pfeife oder ein elektrisches Zigarillo benutzt hat. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Abgabe der Vertragserklärung ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Ist 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, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen.

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

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

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

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

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

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

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

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

§ 4 Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich die Todesfallsumme auf den für den Todestag berechneten Rückkaufswert ohne Berücksichtigung des Abzugs (siehe § 7 Abs. 3 und 5). Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn der Tod während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

(3) In folgenden Fällen vermindert sich unsere Leistung auf die in Absatz 2 Satz 2 genannte Leistung: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

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

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

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

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

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert ohne Berücksichtigung des Abzugs (siehe § 6 Abs 3 und 5). Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

(3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung der Todesfall-Versicherung erweitert wird oder die Todesfall-Versicherung wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

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

Zusätzlich zu § 10 AVB SP gilt:

(1) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Zusätzlich muss uns eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben.

(2) 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.

§ 7 Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung, und welche Leistungen erbringen wir bzw. welche Auswirkungen hat die Beitragsfreistellung auf unsere Leistung?

(1) Kündigung

Sie können Ihre Todesfall-Versicherung unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen – ganz oder teilweise – kündigen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(2) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung für die Todesfall-Versicherung den

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

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Todesfall-Versicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Vertragsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Vertragsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 8 Absatz 2 Satz 4 AVB SP).

(4) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt 60 €. Sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Todesfall-Versicherung handelt, erhöht sich dieser Abzug um einen Betrag im Verhältnis zur versicherten Todesfallsumme; seine Höhe finden Sie in der Anlage zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für ange-

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

messen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird. Zudem werden damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB SP).

(5) Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

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

(6) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, verzinslich angesammelten Überschussanteilen, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Betrag enthalten sind,
- einem Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 2 Abs. 2b für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist, und
- den, Ihrem Vertrag gemäß § 2 Abs. 3 zuzuteilenden Bewertungsreserven, soweit bei Kündigung vorhanden.

(7) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Todesfallrisikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 8 AVB SP) benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert sowie zum Auszahlungsbetrag können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(8) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(9) Beitragsfreistellung

Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die vereinbarte Todesfallsumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Todesfallsumme herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation,
- für den Termin der Beitragsfreistellung,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 3),
- vermindert um den Abzug (Absatz 10).

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

(10) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 9 für die Bildung der beitragsfreien Todesfallsumme zur Verfügung stehenden Betrag. Der Abzug wird im Verhältnis zur vereinbarten Todesfallsumme bemessen; seine Höhe finden Sie im Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(11) Hinweis

Wenn Sie Ihre Todesfall-Versicherung beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Todesfallrisikos und der Kosten für Abschluss (siehe § 8 AVB SP) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 zur Bildung einer beitragsfreien Todesfallsumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Todesfallsumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Todesfallsumme können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(12) Mindestbetrag für die beitragsfreie Todesfallsumme

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht zur Todesfall-Versicherung verlangt und erreicht die nach Absatz 9 zu berechnende beitragsfreie Todesfallsumme den Mindestbetrag von 1.000 € (beitragsfreie Mindest-Todesfallsumme) nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach Absatz 2 und die Todesfall-Versicherung endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht zur Todesfall-Versicherung können Sie nur verlangen, wenn die herabgesetzte Todesfallsumme die beitragspflichtige Mindest-Todesfallsumme von 2.500 € erreicht. Anderenfalls können Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangen. Dieser Antrag führt zur beitragsfreien Fortsetzung der Versicherung, sofern die beitragsfreie Mindest-Todesfallsumme von 1.000 € erreicht wird.

Tarifbestimmungen für die Pflegerenten-Versicherung – Komponente beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLAN (AVB SP) gelten die nachfolgenden Tarifbestimmungen (TB PRV), sofern Sie die Pflegerenten-Versicherung als Komponente eingeschlossen haben. Bei der Pflegerenten-Versicherung handelt es sich um einen rechtlich selbstständigen Vertrag.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und was gilt bei Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung?	§ 2
Wann liegt ebenfalls Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen vor und wie erfolgt die Zuordnung zu den Pflegegraden?	§ 3
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Wann setzen wir unsere Pflegefall-Leistungen herab oder stellen sie 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 bei der Pflegerenten-Versicherung?	§ 11
Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung, und welche Leistungen erbringen wir bzw. welche Auswirkungen hat die Beitragsfreistellung auf unsere Leistung?	§ 12
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 13
Können Sie Ihre Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P3 oder P4 in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer umtauschen?	§ 14
Welche sonstigen Leistungen können Sie auf Basis der Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 beanspruchen?	§ 15
Was gilt bei einer Änderung der gesetzlichen Bestimmungen für den Begriff der Pflegebedürftigkeit oder für die Ermittlung des Pflegegrades?	§ 16

Anhang zu den Tarifbestimmungen

Anhang der TB PRV zu § 2 „Wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und was gilt bei Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung?“

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) ***Pflegerenten-Versicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer (Tarif P1)***

Wird die versicherte Person während der lebenslangen Dauer der Versicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Tarifbestimmungen mit Pflegegrad 2 oder höher, zahlen wir lebenslang eine monatliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Höhe der monatlichen Pflegerente folgt der prozentualen Leistungsstaffel des Absatz 2.

Zusätzlich übernehmen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegegrad 2 die laufende Beitragszahlung zu dieser Pflegerenten-Versicherung – Beitragsbefreiung. Bei Pflegegrad 1 erfolgt keine Beitragsbefreiung.

Bei Tod der versicherten Person – gleichgültig, ob vor oder nach Eintritt eines Pflegefalls – wird aus der Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P1 keine Leistung fällig.

Pflegerenten-Versicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer und eventueller Leistung bei Tod (Tarif P2)

Wird die versicherte Person während der lebenslangen Dauer der Versicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Tarifbestimmungen mit Pflegegrad 2 oder höher, zahlen wir lebenslang eine monatliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Höhe der monatlichen Pflegerente folgt der prozentualen Leistungsstaffel des Absatz 2.

Zusätzlich übernehmen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegegrad 2 die laufende Beitragszahlung zu dieser Pflegerenten-Versicherung – Beitragsbefreiung. Bei Pflegegrad 1 erfolgt keine Beitragsbefreiung.

Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Pflegerenten-Versicherung, ohne dass sie bis zu ihrem Tod pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher wurde, so zahlen wir einen Kapitalbetrag. Dieser Kapitalbetrag entspricht der Summe der bis zum Tod der versicherten Person für die Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P2 gezahlten Beiträge. Stirbt die versicherte Person nach dem Zeitpunkt, zu dem sie erstmals pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher war, wird aus der Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P2 keine Todesfallleistung fällig.

Pflegerenten-Versicherung mit abgekürzter Versicherungsdauer (Tarif P3)

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Tarifbestimmungen mit Pflegegrad 2 oder höher, zahlen wir lebenslang eine monatliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Höhe der monatlichen Pflegerente folgt der prozentualen Leistungsstaffel des Absatz 2.

Zusätzlich übernehmen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegegrad 2 die laufende Beitragszahlung zu dieser Pflegerenten-Versicherung – Beitragsbefreiung. Bei Pflegegrad 1 erfolgt keine Beitragsbefreiung.

Bei Tod der versicherten Person – gleichgültig, ob vor oder nach Eintritt eines Pflegefalls – wird aus der Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P3 keine Leistung fällig.

Unter den Regelungen des § 14 kann der Versicherungsnehmer die Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P3 in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer umtauschen.

Pflegerenten-Versicherung mit abgekürzter Versicherungsdauer und eventueller Leistung bei Tod (Tarif P4)

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Tarifbestimmungen mit Pflegegrad 2 oder höher, zahlen wir lebenslang eine monatliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Höhe der monatlichen Pflegerente folgt der prozentualen Leistungsstaffel des Absatz 2.

Zusätzlich übernehmen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegegrad 2 die laufende Beitragszahlung zu dieser Pflegerenten-Versicherung – Beitragsbefreiung. Bei Pflegegrad 1 erfolgt keine Beitragsbefreiung.

Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Pflegerenten-Versicherung, ohne dass sie bis zu ihrem Tod pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher wurde, so zahlen wir einen Kapitalbetrag. Dieser Kapitalbetrag entspricht der Summe der bis zum Tod der versicherten Person für die Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P4 gezahlten Beiträge. Stirbt die versicherte Person nach dem Zeitpunkt, zu dem sie erstmals pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher war, wird aus der Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P4 keine Todesfallleistung fällig.

Unter den Regelungen des § 14 kann der Versicherungsnehmer die Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P4 in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer umtauschen.

Pflegerenten-Versicherung zur Beitragsbefreiung anderer Absicherungskomponenten (Tarif P5)

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Tarifbestimmungen mit Pflegegrad 2 oder höher, entfällt während dieser Zeit die Beitragszahlungspflicht für den gesamten Versicherungsvertrag, zu dem die Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P5 eingeschlossen ist. Solange höchstens Pflegegrad 1 vorliegt, sind die vereinbarten Beiträge von Ihnen in voller Höhe zu zahlen.

(2) Prozentuale Leistungsstaffel bei den Tarifen P1, P2, P3 und P4

Die volle Höhe der vereinbarten Pflegerente zahlen wir bei Pflegegrad 5. Bei Pflegegrad 2, 3 oder 4 zahlen wir für den jeweiligen Pflegegrad – soweit vereinbart – eine anteilige Pflegerente. Bei Pflegegrad 1 zahlen wir keine Pflegerente.

Liegt Pflegebedürftigkeit sowohl gemäß § 2 als auch gemäß § 3 vor, zahlen wir jedoch nur die (ggf. höhere) Pflegerente, die sich entweder gemäß § 2 oder gemäß § 3 ergibt.

(3) Leistungsdynamik

Wenn Sie in Ihre Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 eine garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben, erhöhen sich die gezahlten Pflegerenten während einer Leistungsphase jedes Jahr um den vereinbarten festen Steigerungssatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zum ersten Versicherungsjahreswechsel*) nach Beginn unserer Leistungspflicht nach Eintritt des Pflegefalls (siehe § 4). Zu den folgenden Versicherungsjahreswechseln erfolgt die garantierte Erhöhung der monatlichen Pflegerente zusammen mit der nicht garantierten jeweiligen Rentenerhöhung aus der Überschussbeteiligung (siehe § 11 Abs. 4 b)). Bezugsgröße der Leistungsdynamik ist die jeweils erreichte garantierte Rente einschließlich der Rente aus der jeweils erreichten Überschussbeteiligung.

§ 2 Wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und was gilt bei Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung?

(1) Diese Pflegerenten-Versicherung ist ein privater Versicherungsvertrag. Für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung definieren §§ 14 und 15 mit Anlagen 1 und 2 Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) den Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Ermittlung der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5. Für diese private Pflegerenten-Versicherung vereinbaren wir die gleichen Definitionen. Maßgebend sind die Definitionen des SGB XI in der Fassung bei Abschluss dieser Pflegerenten-Versicherung (siehe Anhang der TB PRV zu § 2).

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

(2) Einem Bescheid der Pflegekasse über Leistungen aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person auf der Grundlage der für diese Pflegerenten-Versicherung maßgeblichen Fassung des SGB XI (siehe Anhang der TB PRV zu § 2) schließen wir uns an. Bei Vorlage des entsprechenden amtlichen Leistungsbescheides erkennen wir eine Leistung – soweit vereinbart – entsprechend Pflegegrad 2, 3, 4 bzw. 5 aus dieser Pflegerenten-Versicherung an. Bei einer Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person bei Pflegegrad 1 wird jedoch aus dieser Pflegerenten-Versicherung keine Leistung fällig (siehe § 1 AVB SP).

(3) Wenn für die versicherte Person kein Versicherungsschutz der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung besteht oder wenn sich der Begriff der Pflegebedürftigkeit oder die Ermittlung des Pflegegrades nach den gesetzlichen Regelungen zwischenzeitlich geändert haben, bleibt gleichwohl unsere Leistungspflicht aus dieser Pflegerenten-Versicherung bestehen. Maßgeblich bleiben die Regelungen der §§ 14, 15 mit Anlagen 1 und 2 SGB XI in der Fassung bei Abschluss dieser Pflegerenten-Versicherung (siehe Anhang der TB PRV zu § 2). Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und ihr Ausmaß sind ärztlich oder durch andere von uns anerkannte Fachleute nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer bestehen, voraussichtlich für mindesten sechs Monate, oder bereits sechs Monate bestanden haben.

§ 3 Wann liegt ebenfalls Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen vor und wie erfolgt die Zuordnung zu den Pflegegraden?

(1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 2 a) bis f) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf, oder wenn ihre kognitiven Fähigkeiten wie in Absatz 2 g) bis i) beschrieben nicht mehr vorhanden sind. Dabei muss mindestens die in Absatz 3 genannte Anzahl von Punkten erreicht werden. Die Pflegebedürftigkeit und ihr Ausmaß sind ärztlich oder von anderen von uns anerkannten Fachleuten nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer bestehen, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, oder bereits sechs Monate bestanden haben.

(2) Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Pflegebedürftigkeit liegt ebenfalls im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor, wenn die versicherte Person Hilfe benötigt beim

a) Fortbewegen = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und ihr das Treppensteigen nicht oder nur mit Stützen oder durch Festhalten möglich ist.

b) Aufstehen und Positionswechsel = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Krücke oder eines speziellen Griffes – nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen, sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. Ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

c) An- und Auskleiden = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhlöffel oder Knöpfhilfe – sich nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Mit dem Reichen der Kleidung und der Kontrolle des Sitzes der Kleidung allein ist der Punkt noch nicht erreicht.

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nur mit Hilfe einer anderen Person bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen und bereitstehende Getränke aufnehmen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.

e) Waschen = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder Wannenlift – sich nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die versicherte Person beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, fällt nicht unter diesen Punkt.

f) Verrichten der Notdurft = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie spezieller Griffe oder einer Toilette mit Duschfunktion – nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann

oder

- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann.

Besteht eine Inkontinenz der Blase bzw. des Darms, ist der Punkt erreicht, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter und Stomabeutel verwenden kann.

g) Kommunizieren = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt

- die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen

oder

- die versicherte Person
  - äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse und
  - antwortet auf Ansprache/Fragen lediglich mit wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab und
  - zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, z. B. bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon bedienen/halten, Brief- oder E-Mail-Kontakt).

h) Denkvermögen = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person sich ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist, das heißt

- die versicherte Person benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern
  - o beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst, und
  - o beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitäten

oder

- die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,
  - o Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern und
  - o sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurecht zu finden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen und
  - o sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) zu erkennen und
  - o einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen zu verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

i) Umgang mit Emotionen = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt

oder

- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) ablehnt

oder

- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet, d. h. sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und hat starke Ängste oder Sorgen,

oder

- antriebslos und schwer depressiv ist, d. h. sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig und/oder apathisch.

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

Pflegegrad 1:	3 Punkte, jedoch nicht alle 3 Punkte der Kriterien g, h und i aus Absatz 2
Pflegegrad 2:	4 bis 6 Punkte oder alle 3 Punkte der Kriterien g, h und i aus Absatz 2
Pflegegrad 3:	7 Punkte
Pflegegrad 4:	8 Punkte
Pflegegrad 5:	9 Punkte

Werden weniger als 3 Punkte erreicht, liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.

(4) Vorübergehende Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen führen ebenfalls zu keiner veränderten Bewertung. Maßgebend ist der Begriff „auf Dauer“ gemäß Absatz 1.

§ 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 und die Beitragsbefreiung gemäß § 1 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 ihrem Eintritt in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Pflegerenten und die Beitragsbefreiung 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. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Pflegebedürftigkeit folgenden Monats leisten.

(3) Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht müssen Sie die vereinbarten laufenden Beiträge in voller Höhe weiter zahlen. Wir werden alle Beiträge für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Beitragsbefreiung wegen Pflegebedürftigkeit bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die Nachzahlung der gestundeten Beiträge in Raten mit Ihnen vereinbaren. Die Nachzahlung kann dabei über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen.

(4) Der Anspruch auf eine Erhöhung der Pflegerente wegen eines höheren Pflegegrades entsteht grundsätzlich mit Beginn des Monats, der auf die Feststellung des höheren Pflegestufe folgt. Absatz 2 gilt entsprechend.

(5) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit erlischt spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß von Pflegegrad 2 sinkt oder die versicherte Person stirbt.

(6) Bei den Tarifen P2 und P4 erlischt der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Tod, sobald die versicherte Person erstmals pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher ist.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Pflegebedürftigkeit beruht.

(2) Es besteht kein Versicherungsschutz, 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 Ereignis-

se, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Pflegebedürftigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

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; fahrlässig und grob fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeiten sind von diesem Ausschluss nicht betroffen. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Pflegebedürftigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr verursacht wurde;

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, und der Einsatz zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

Zusätzlich zu § 10 AVB SP gilt:

(1) Wird aus dieser Pflegerenten-Versicherung eine Leistung wegen Pflegebedürftigkeit beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Anspruchserhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

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 sowie Berichte und Unterlagen

- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

(3) Wird eine Erhöhung der Pflegerente wegen einer höheren Pflegestufe verlangt, gelten die Absätze 1 bis 3 sinngemäß.

(4) Grundsätzlich verlangen wir nicht, dass die versicherte Person ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt auch für operative Maßnahmen, die das Leiden heilen oder mindern. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person jedoch folgen. Dies gilt für

- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.
- Heilbehandlungen, wenn sie
  - gefahrlos sind,
  - nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
  - eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person dadurch verbessert.

(5) Vor jeder Rentenzahlung und bevor wir bei Kündigung einen eventuellen Auszahlungsbetrag gemäß § 12 Abs. 2 erbringen, können wir ein Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

(6) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen.

(7) Wird bei einer Versicherung nach Tarif P2 oder P4 bei Tod der versicherten Person eine Leistung beansprucht, muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort der versicherten Person vorgelegt werden. Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht. § 10 gilt entsprechend.

§ 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 (z. B. Papierform oder E-Mail), 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 vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

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

(1) Hat sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit gemindert, setzen wir unsere Leistung entsprechend der für den neuen Pflegegrad vereinbarten Leistung herab. Wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß des Pflegegrades 2 sinkt, stellen wir die Zahlung einer Pflegerente ein. Gleichzeitig müssen Sie die laufenden Beiträge wieder zahlen, sofern der vereinbarte Ablauf der Beitragszahlungsdauer noch nicht erreicht ist. Wenn wir unsere Leistung mindern oder einstellen und Sie wieder die laufenden Beiträge zahlen müssen, legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Minderung oder Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Minderung bzw. Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam.

(2) Sie sind verpflichtet, uns eine Änderung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 oder § 3 und eine Minderung ihres Umfangs unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitzuteilen.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

(1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Die Mitwirkungspflichten des § 6 Abs. 1 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die über die Befragung der versicherten Person hinaus entstehenden Kosten von uns zu tragen sind.

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

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 6, 8 oder 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Tarifbestimmungen zur Leistung verpflichtet.

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung bei der Pflegerenten-Versicherung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen. Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für die Pflegefälle und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation*) angenommen. Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer können Sie § 2 AVB SP entnehmen.

(2) Wie werden die Überschussanteile Ihrer Pflegerenten-Versicherung ermittelt und verwendet?

a) Bonusrente bei Pflegerenten-Versicherungen nach Tarif P1, P2, P3 und P4

Sofern eine Pflegerente gezahlt wird, leisten wir eine Bonusrente aus der Überschussbeteiligung. In diesem Fall werden darüber hinaus jährliche Überschussanteile fällig (Absatz 2c)). Die Bonusrente wird in Prozent der jeweils versicherten Pflegerente in Pflegegrad 2, 3, 4 bzw. 5 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 erstmaligem Beginn der Leistungspflicht festgelegten 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 nach einem dann von uns im Neugeschäft angebotenen Tarif derart nachzuversichern, dass die Pflegerente einschließlich Bonusrente möglichst die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

b) Kundenbonus bei Pflegerenten-Versicherungen nach Tarif P1, P2, P3 und P4

Die eventuelle zusätzliche Überschussbeteiligung entsprechend der Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN (Kundenbonus) verwenden wir, um die vereinbarte Pflegerente zusätzlich zur Bonusrente (siehe Absatz 2a)) aufzustocken. Der Kundenbonus wird in Prozent der jeweils versicherten Pflegerente in Pflegegrad 2, 3, 4 bzw. 5 zuzüglich Bonusrente (siehe a)) bei Beginn der Leistungspflicht bemessen und erhöht im Fall der Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 oder § 3 die zu zahlende Pflegerente. Die Höhe des Kundenbonus bemisst sich stets nach dem bei erstmaligem Beginn der Leistungspflicht deklarierten Kundenbonus-Satz. Solange wegen Pflegebedürftigkeit ununterbrochen eine Pflegerente gezahlt wird, bleibt der Kundenbonus-Satz für diese Rentenleistung unverändert. Wird keine Pflegerente gezahlt, wird keine Leistung aus dem Kundenbonus fällig. Falls vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit der Kundenbonus-Satz vermindert werden sollte, teilen wir Ihnen dies rechtzeitig mit. In diesem Fall haben Sie das Recht, zum Zeitpunkt der Verminderung des Kundenbonus-Satzes die versicherte Pflegerente ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Beitragszahlung derart nachzuversichern, dass die Pflegerente einschließlich Kundenbonus die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

*) Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten versicherten Pflegerente basiert auf den Rechnungsgrundlagen für die Pflegerenten-Versicherung der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2008 P unter Berücksichtigung der Auswirkungen der sog. Pflegereform 2016/2017. Wegen der gesetzlichen Anforderung, Beiträge und Leistungen unabhängig vom Geschlecht zu berechnen, werden diese Rechnungsgrundlagen – ausgehend von einem Verhältnis 41 % Männer und 59 % Frauen – zu einer „mittleren“ Pflegefallwahrscheinlichkeit gewichtet.

c) Rentenerhöhungen bei Pflegerenten-Versicherungen nach Tarif P1, P2, P3 und P4

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

d) Schluss-Überschussanteil bei Pflegerenten-Versicherungen nach Tarif P5

Bei einer Versicherung nach Tarif P5 kann bei Ablauf ihrer Versicherungsdauer sowie ggf. bei ihrer vorzeitigen Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegten Versicherungsjahre, in denen keine Leistung aus der Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P5 erbracht wurde, im Verhältnis zu dem auf diese Versicherung entfallenden Beitrag eines Jahres bemessen. Für die zurückgelegten Versicherungsjahre, in denen die Leistung (Beitragsbefreiung) aus der Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P5 erbracht wurde, kann ein Schluss-Überschussanteil im Verhältnis zum jährlichen Beitrag der von der Beitragsbefreiung umfassten übrigen Versicherung(en) 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 der Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P5 mit 7,5 % p. a. diskontiert.

(3) Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Versicherungsvertrag zu?

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da vor Eintritt eines Pflegefalls allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, können Bewertungsreserven nur in geringem Umfang entstehen. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an, das wir in unserem Geschäftsbericht beschreiben.

Bei Beendigung der Pflegerenten-Versicherung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Versicherungsvertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre Pflegerenten-Versicherung entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen.

§ 12 Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung, und welche Leistungen erbringen wir bzw. welche Auswirkungen hat die Beitragsfreistellung auf unsere Leistung?

(1) Kündigung

Solange die versicherte Person lebt und sofern wir keine Leistung aus der Pflegerenten-Versicherung erbringen, können Sie Ihre Pflegerenten-Versicherung unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) kündigen. Ihre Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 können Sie auch teilweise kündigen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Pflegerente bei Pflegegrad 5 monatlich mindestens 25 € (beitragspflichtige Mindestrente) beträgt. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(2) Bei Kündigung zur Verfügung stehender Betrag und Auszahlungsbetrag

Sofern wir keine Leistung aus der Pflegerenten-Versicherung erbringen und die versicherte Person an dem Termin, zu dem die Kündigung wirksam wird, noch lebt, steht bei Kündigung folgender Betrag zur Verfügung:

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

Beitragsrückstände werden von dem zur Verfügung stehenden Betrag abgezogen.

- Tarif P1 und Tarif P3:

  Bei Kündigung bilden wir aus dem zur Verfügung stehenden Betrag eine beitragsfreie Pflegerenten-Versicherung mit der gleichen prozentualen Leistungsstaffel (siehe § 1 Abs. 2) wie zuvor vereinbart und – sofern auch zuvor schon vereinbart – einer Leistungsdynamik (siehe § 1 Abs. 3). Die aus dem bei Kündigung zur Verfügung stehenden Betrag ermittelte beitragsfreie Pflegerente muss bei Pflegegrad 5 die monatliche Mindestrente von 25 € erreichen. Wird die Mindestrente nicht erreicht, zahlen wir den bei Kündigung zur Verfügung stehenden Betrag vollständig aus. Damit wird die Pflegerenten-Versicherung beendet, und es bleibt keine beitragsfreie Pflegerenten-Versicherung bestehen.

- Tarif P2 und Tarif P4:

  Bei Kündigung zahlen wir den zur Verfügung stehenden Betrag bis zur Höhe der zu diesem Zeitpunkt bei Tod der versicherten Person fälligen Versicherungsleistung aus dieser Pflegerenten-Versicherung aus. Damit wird die Pflegerenten-Versicherung beendet. Wenn der bei Kündigung zur Verfügung stehende Betrag die zu diesem Zeitpunkt bei Tod der versicherten Person aus dieser Versicherung fällige Versicherungsleistung übersteigt, bilden wir aus dem übersteigenden Teil eine beitragsfeie Pflegerenten-Versicherung – ohne eine Versicherungsleistung bei Tod – wie bei Tarif P1 und Tarif P3. In diesem Fall endet die Pflegerenten-Versicherung zu diesem Zeitpunkt nicht.

- Tarif P5:

  Bei Kündigung zahlen wir den zur Verfügung stehenden Betrag aus.

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes das nach anerkannten Regeln der

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

Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation***) für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungskapital der Versicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 8 Absatz 2 Satz 4 AVB SP).

(4) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert, sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherung handelt. Der Abzug bemisst sich nach der Höhe der versicherten Pflegeleistung bei Pflegegrad 5. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird. Zudem werden damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den AVB SP.

(5) Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

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

(6) Überschussbeteiligung

Wenn die Pflegerenten-Versicherung mit der Kündigung beendet wird, besteht die Überschussbeteiligung für die Ermittlung des zur Verfügung stehenden Betrags nach Absatz 2 aus

- dem Schlussüberschussanteil nach § 11 Abs. 2 d) bei einer Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P5 und
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag nach § 11 Abs. 3 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

(7) Hinweis

Wenn Sie Ihre Pflegerenten-Versicherung kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Pflegerenten-Versicherung ist insbesondere wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 8 AVB SP) gemessen an den gezahlten Beiträgen nur ein geringer oder kein Rückkaufswerte vorhanden. Da die für die Pflegerenten-Versicherung gezahlten Beiträge im Übrigen zur Deckung des versicherten Pflegefallrisikos und der Kosten für die Verwaltung benötigt werden, sind auch in den Folgejahren gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(8) Kündigung und Pflegebedürftigkeit

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig, bleiben Ansprüche aus der Pflegerenten-Versicherung aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Pflegebedürftigkeit unberührt.

(9) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(10) Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen – sofern wir keine Leistung aus der Pflegerenten-Versicherung erbringen – bei Pflegerentenversicherungen nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Pflegerente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
- unter Zugrundelegung des um den Abzug nach Absatz 11 verminderten Rückkaufswertes nach Absatz 3

Die beitragsfreie Pflegerenten-Versicherung hat die gleiche prozentuale Leistungsstaffel (siehe § 1 Abs. 2) wie zuvor und – sofern auch schon zuvor vereinbart – eine garantierte Leistungsdynamik (siehe § 1 Abs. 3). Bei einer Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P2 oder P4 entspricht die bei Tod fällige Leistung nach der Beitragsfreistellung der Summe der bis zur Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge für die Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P2 bzw. P4.

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

Wenn Sie eine Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P5 nicht beitragspflichtig fortsetzen wollen, wird sie beendet. Den hierfür entsprechend Absatz 2 ermittelten verfügbaren Betrag zahlen wir – gegebenenfalls vermindert um rückständige Beiträge – aus.

(11) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 10 für die Bildung der beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung stehenden Betrag. Der Abzug wird nach der Höhe der bislang vereinbarten Pflegerente bei Pflegegrad 5 bemessen. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den AVB SP.

(12) Hinweis

Wenn Sie Ihre Pflegerenten-Versicherung beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Pflegerenten-Versicherung ist insbesondere wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 8 AVB SP) gemessen an den gezahlten Beiträgen nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 für die Bildung der

***) siehe frühere Fußnote *)

beitragsfreien Versicherung vorhanden. Da die gezahlten Beiträge im Übrigen zur Deckung des versicherten Pflegefallrisikos und der Kosten für die Verwaltung benötigt werden, stehen auch in den Folgejahren gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Mittel zur Bildung einer beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Pflegerente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(13) Beitragsfreistellung und Pflegebedürftigkeit

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung pflegebedürftig, bleiben Ansprüche aus der Pflegerenten-Versicherung aufgrund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Pflegebedürftigkeit unberührt.

(14) Mindestbetrag für die beitragsfreie Pflegerente

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 10 zu berechnende beitragsfreie Pflegerente bei Pflegegrad 5 nicht den Mindestbetrag von monatlich 25 €, so erhalten Sie den Auszahlungsbetrag (vgl. Absatz 2) und die Versicherung endet. Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die herabgesetzte Pflegerente bei Pflegegrad 5 den Mindestbetrag von monatlich 25 € erreicht.

§ 13 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

(1) Der Versicherungsschutz aus der Pflegerenten-Versicherung 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 Kosten der ärztlichen Untersuchung sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Hält sich die versicherte Person außerhalb Deutschlands in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftraums oder der Schweiz auf, akzeptieren wir auch ärztliche Untersuchungen im Staat des Aufenthalts, wenn uns die Untersuchungsberichte in deutscher Sprache vorgelegt werden.

§ 14 Können Sie Ihre Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P3 oder P4 in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer umtauschen?

(1) Sie haben unter den im folgenden Absatz 2 genannten Voraussetzungen das Recht (die Umtauschoption), Ihre Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P3 oder P4 ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer auf das Leben derselben versicherten Person bei unserer Gesellschaft umzutauschen. Wenn Sie dieses Recht (die Umtauschoption) ausüben, schließen wir mit Ihnen einen neuen Versicherungsvertrag nach einem Tarif, den wir dann im Neugeschäft anbieten. Die bisherige Pflegerenten-Versicherung endet gleichzeitig. Einen Betrag in Höhe des eventuellen verfügbaren Betrags bei Kündigung dieser Pflegerenten-Versicherung gemäß § 12 Abs. 2 verrechnen wir mit dem oder den ersten fälligen Beiträgen des neuen Versicherungsvertrags.

(2) Die Umtauschoption steht unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist zum Umtauschzeitpunkt nicht pflegebedürftig. Es wurden bis dahin auch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person beantragt.
- Zum Umtauschzeitpunkt dürfen die Versicherungsleistungen des neuen Versicherungsvertrags – einschließlich der bei dessen Beginn maßgebenden Höhe der Leistung aus der Überschussbeteiligung – in keinem Pflegegrad höher als die der bisherigen Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P3 bzw. P4 einschließlich der Leistungen aus der Überschussbeteiligung sein. Insbesondere dürfen im neuen Versicherungsvertrag keine Leistungen versichert werden, die im bisherigen nicht versichert waren.
- Für den neuen Versicherungsvertrag gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss dieser Pflegerenten-Versicherung.

§ 15 Welche sonstigen Leistungen können Sie auf Basis der Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 beanspruchen?

(1) Sofern zu Ihrem Versicherungsvertrag eine Pflegerenten-Versicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 gehört, haben die versicherte Person und deren Angehörige bis auf Weiteres die Möglichkeit, die in Absatz 2 genannten Beratungs-, Organisations- und Unterstützungsleistungen für die versicherte Person in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person eine anerkannte oder zumindest ärztlich vermutete Pflegebedürftigkeit vorliegt. Das ist uns gegebenenfalls nachzuweisen. Diese sonstigen Leistungen erbringen wir über einen externen Dienstleister, solange wir mit ihm eine entsprechende Kooperationsvereinbarung haben. Sollte sich während der Laufzeit Ihres Versicherungsvertrages das Leistungsangebot des Dienstleisters ändern, kann es zu Einschränkungen bei den Leistungsinhalten gegenüber den in Absatz 2 beschriebenen bis hin zum Entfallen dieser Leistungen kommen. Einen aktuellen Leistungskatalog sowie die notwendigen Kontaktinformationen finden Sie auf unserer Website www.generali.de.

(2) Bis auf Weiteres stehen innerhalb Deutschlands folgende Leistungen zur Verfügung:

- Gesundheitstelefon zu Fragen Ihrer Pflegeabsicherung

  Anrufer erhalten Informationen zu Fragen aus allen medizinischen Fachgebieten in Zusammenhang mit der vorliegenden oder ärztlich vermuteten Pflegebedürftigkeit, insb. laienverständliche Informationen zu Krankheitsbildern. Auf Wunsch erhält der Anrufer Hilfe bei der Suche nach medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern. Auch zu Wirkstoffen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln kann der Anrufer Auskunft erhalten.

- Pflegescout

  Im Rahmen des Pflegescouts kann der Anrufer Auskunft zum Begutachtungsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch, zu Betreuungsleistungen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, zu Vollmachten, Betreuung, Patientenverfügung, eine Demenzberatung und sonstige mit dem Pflegefall in Zusammenhang stehende Fragestellungen erhalten. Eine Diskussion über bereits erhaltene Gutachten sowie die Bearbeitung von Einsprüchen erfolgt jedoch nicht.

- Organisation von haushaltsnahen Dienstleistungen

  Für die versicherte Person können haushaltsnahe Dienstleistungen vermittelt werden. Dazu zählen ein Menüservice für die tägliche Hauptmahlzeit, ein Einkaufsdienst, die Versorgung der Wäsche und die Reinigung der Wohnung. Ein Leistungsanspruch besteht ab dem Tag der Antragstellung für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit bei der Pflegekasse. Im Zweifel dürfen wir bzw. unser Dienstleister eine Beurteilung durch einen von uns benannten Pflegegutachter verlangen. Der Anspruch endet, wenn die Pflegekasse einen Antrag auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit ablehnt.

- Organisation eines Pflegeheimplatzes

  Auf Wunsch wird für die versicherte Person möglichst im nahen Umkreis des gewünschten Orts innerhalb Deutschlands ein Pflegeheimplatz grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden ab Eingang der Anfrage auf einen Pflegeheimplatz benannt. Dabei werden bis zu drei freie Pflegeheimplätze vorgestellt. Die Vermittlung erfolgt von Montag bis Freitag außer an Feiertagen.

(3) Für die Erbringung der in Absatz 1 und 2 genannten Beratungs-, Organisations- und Unterstützungsleistungen erheben wir kein zusätzliches Entgelt. Allerdings sind gegebenenfalls erhobene Entgelte oder Sachkosten der vermittelten bzw. organisierten Dienste von Ihnen zu tragen; ein Anspruch auf Kostenübernahme gegen uns oder den von uns beauftragten Dienstleister besteht nicht. Ebenfalls besteht kein Anspruch auf Haftung für etwaige Schäden, die durch einen von ihm vermittelten bzw. organisierten weiteren Dienstleister verursacht werden.

§ 16 Was gilt bei einer Änderung der gesetzlichen Bestimmungen für den Begriff der Pflegebedürftigkeit oder für die Ermittlung des Pflegegrades?

(1) Für den Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Ermittlung des Pflegegrads nach § 2 sind die gesetzlichen Vorschriften der § 14, 15 SGB XI und der Anlagen 1, 2 zu § 15 SGB XI, jeweils, gültig zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses dieser Pflegerenten-Versicherung, maßgeblich (siehe Anhang der TB PRV zu § 2). Wenn sich der Begriff der Pflegebedürftigkeit oder die Ermittlung des Pflegegrads nach den gesetzlichen Vorschriften gegenüber dem genannten Gesetzestand ändert, haben Sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen die Möglichkeit, die bestehende Pflegerenten-Versicherung bei uns in einen neuen Vertrag mit einer Pflegeabsicherung umzutauschen, der diese Änderungen berücksichtigt. Eine erneute Risikoprüfung nehmen wir in diesem Fall nicht vor.

(2) Für einen Umtausch des Vertrags gemäß Absatz 1 gelten die folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person darf zum Zeitpunkt des Umtauschs weder im Sinne der bisherigen Tarifbestimmungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen Pflegeabsicherung pflegebedürftig sein.
- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Umtauschs keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeabsicherung und hat auch keinen Antrag auf solche Leistungen gestellt.
- Wir bieten für Neuabschlüsse zur Pflegeabsicherung einen Tarif an, der die Änderung der gesetzlichen Vorschriften für den Begriff der Pflegebedürftigkeit oder die Ermittlung des Pflegegrads berücksichtigt und für dessen Kalkulation wir deswegen eine vom bisherigen Tarif abweichende Pflegetafel verwenden.
- Der Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit verlängert und erhöht sich im Zuge des Umtauschs nicht.
- Ihre Mitteilung mit dem Wunsch auf Umtausch muss uns spätestens 18 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zugehen, das eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften für den Begriff der Pflegebedürftigkeit oder die Ermittlung des Pflegegrads der Pflegebedürftigkeit vorsieht.

Wenn eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt ist, ist ein wirksamer Umtausch nicht möglich.

(3) Den Beitrag bzw. die Leistungen für die nach Umtausch neue Pflegeabsicherung werden wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu ermitteln. Dabei kann sich der Beitrag gegenüber dem bisherigen erhöhen und/oder versicherte Leistungen können niedriger als bisher ausfallen. Die Rechnungsgrundlagen sowie die weiteren Kriterien zur Definition der Pflegebedürftigkeit können sich von denjenigen Ihres bisherigen Vertrags unterscheiden. Auf Wunsch werden wir Sie über die konkreten Auswirkungen informieren.

Anhang der TB PRV zu § 2 „Wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und was gilt bei Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung?“

Auszug aus Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) in der Fassung bei Abschluss dieser Pflegerenten-Versicherung

Diese Gesetzesfassung ist für den Begriff der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und die Ermittlung des Pflegegrads nach § 2 TB PRV maßgebend. Das gilt auch bei Änderungen der Gesetzesfassung bis zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 (zu § 15 SGB XI)
Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität
Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten
Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung
Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12
Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet. Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K
Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimaltäglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K
Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben. Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
60	und mehr		6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15 SGB XI)
Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	**10 %**	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	**15 %**	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4 Selbstversorgung	**40 %**	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	**20 %**	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	**15 %**	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

Tarifbestimmungen für die Pflegerentenoptions-Versicherung - Komponente beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLAN (AVB SP) gelten die nachfolgenden Tarifbestimmungen (TB POV), sofern Sie die Pflegerentenoptions-Versicherung als Komponente eingeschlossen haben. Bei der Pflegerentenoptions-Versicherung handelt es sich um einen rechtlich selbstständigen Vertrag.

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 bei der Pflegerentenoptions-Versicherung? § 4

Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung, und welche Leistungen erbringen wir bzw. welche Auswirkungen hat die Beitragsfreistellung auf unsere Leistung? § 5

§ 1 Was bedeutet die Option?

(1) Sie haben das Recht, zu dem im Antrag bzw. im Versicherungsschein genannten Termin (Optionstermin) für die versicherte Person eine Pflegerentenversicherung bis zu der im Antrag bzw. im Versicherungsschein genannten Rentenhöhe (maximal zu versichernde monatliche Pflegerente – Pflegerentenanwartschaft) gegen Einmalbeitrag abzuschließen. Zu deren Abschluss prüfen wir nicht erneut den Gesundheitszustand der versicherten Person. Für die Pflegerentenversicherung legen wir vielmehr die Erkenntnisse aus der Gesundheitsprüfung vor Abschluss dieser Pflegerentenoptions-Versicherung zugrunde.

(2) Eine Kapital- oder Rentenzahlung aus dieser Pflegerentenoptions-Versicherung wird zu keinem Zeitpunkt fällig, auch dann nicht, wenn Sie die Option nicht ausüben oder die Pflegerentenoptions-Versicherung kündigen.

§ 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, in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) 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 Pflegerenten-Versicherung sind die dann für die Ausübung der Option geltenden Tarife der Pflegerentenversicherung und deren Versicherungsbedingungen maßgeblich.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung bei der Pflegerentenoptions-Versicherung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer können Sie § 2 AVB SP entnehmen.

(2) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

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

b) Verzinsliche Ansammlung

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

dem sie planmäßig beitragsfrei gewesen wäre, werden die Überschussanteile wieder wie bei planmäßig beitragsfreien Versicherungen zugeteilt.

Bei Versicherungen, zu denen gleichzeitig eine Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Versicherung eingeschlossen ist, wird bei Eintritt von Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit die Überschussverwendungsart der Pflegerentenoptions-Versicherung während der Beitragsbefreiung wegen Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit von der Beitragsanrechnung auf verzinsliche Ansammlung umgestellt.

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

c) Kundenbonus

Durch die zusätzliche Überschussbeteiligung entsprechend der Zusatzvereinbarung zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN – Kundenbonus erhöht sich die im Antrag bzw. im Versicherungsschein genannte Rentenhöhe (maximal ohne Gesundheitsprüfung zu versichernde monatliche Pflegerente). Der Kundenbonus wird in Prozent der dokumentierten Rentenhöhe bemessen. Der Kundenbonus bemisst sich nach dem zum Optionstermin deklarierten Satz. Falls vor dem Optionstermin der Satz für den Kundenbonus vermindert werden sollte, teilen wir Ihnen dies rechtzeitig mit. In diesem Fall haben Sie das Recht, zum Zeitpunkt der Verminderung des Kundenbonus-Satzes die maximal zu versichernde monatliche Pflegerente ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Beitragszahlung derart nachzuversichern, dass die versicherbare Rente einschließlich Kundenbonus die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

(3) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Pflegerentenoptions-Versicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (siehe § 2 Abs. 2c AVB SP). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag positive Bewertungsreserven ergeben. Der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen.

§ 5 Was gilt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung, und welche Leistungen erbringen wir bzw. welche Auswirkungen hat die Beitragsfreistellung auf unsere Leistung?

Kündigung oder Beitragsfreistellung

(1) Eine Pflegerentenoptions-Versicherung können Sie unter Beachtung der in § 7 AVB SP genannten Rahmenbedingungen kündigen oder beitragsfrei stellen.

(2) Bei Kündigung oder Beitragsfreistellung wandelt sich die Versicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Pflegerentenoptions-Versicherung mit Recht auf Abschluss einer reduzierten maximal zu versichernden Pflegerente ohne Gesundheitsprüfung gemäß Absatz 3 um. Ein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufswertes besteht nicht.

(3) Die Kündigung bzw. Beitragsfreistellung der Pflegerentenoptions-Versicherung bedeutet, 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.

(4) Bei Kündigung bzw. Beitragsfreistellung setzen wir die ohne Gesundheitsprüfung abschließbare Pflegerentenanwartschaft ganz oder teilweise auf eine reduzierte Höhe herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode und
- unter Zugrundelegung der um den Abzug nach Absatz 5 verminderten Deckungsrückstellung*).

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

Bei der Berechnung der beitragsfreien Pflegerentenoptions-Versicherung entspricht die Deckungsrückstellung mindestens dem Betrag, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre (höchstens die Dauer vom Vertragsbeginn bis zum vereinbarten Optionstermin) ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 4 AVB SP).

Abzug

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

Hinweis

(6) Die Kündigung und die Beitragsfreistellung der Pflegerentenoptions-Versicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 8 AVB SP) benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Betrag zur Bildung einer beitragsfreien Pflegerentenoptions-Versicherung vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Pflegerentenoptions-Versicherung können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

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

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

(1) Neben der Anlage in Investmentfonds oder der Anlage in unserem sonstigen Sicherungsvermögen können Sie bestimmen, dass wir die Anlagebeträge Ihres Versicherungsvertrags (= Anlagebeiträge aus Ihren laufenden Versicherungsbeiträgen bzw. Ihrem anfänglichen Einmalbeitrag, ggf. auch aus Sonderzahlungen sowie eventuell auch Teile der laufenden Überschusszuteilungen) vor Beginn der Rentenzahlung (Tarif VEPN: während der Vermögensphase) ganz oder teilweise für den Erwerb von physischem Gold verwenden (goldgebundene Anlage). Insoweit ist Ihre Versicherung dann unmittelbar an der Wertentwicklung des Edelmetalls Gold beteiligt. Unseren entsprechenden Goldbestand führen wir in einem besonderen Vermögen (Gold-Anlagestock) als internen Fonds gemäß § 124 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 i. V. m. § 125 Abs. 5 Nr. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) getrennt von unserem sonstigen Sicherungsvermögen (§ 125 Abs. 1 bis 4 VAG) und getrennt von allen Anlagestöcken für offene Investmentvermögen (§ 125 Abs. 5 Nr. 1 VAG). Haben Sie die goldgebundene Anlage gewählt, entspricht eine Anteileinheit am internen Fonds genau 1 g Gold.

(2) Soweit in den vorliegenden „Besondere Bedingungen für die Investition von Anlagebeträgen in Gold bei Rentenversicherungen nach Tarif VAN und VEPN“ nichts anderes beschrieben wird, gelten für die goldgebundene Anlage die in den AVB getroffenen Regelungen für Investmentfonds; die goldgebundene Anlage ist aber keine Anlage in einen Investmentfonds einer eigenen Fondsgesellschaft. Solange ein Teil des Ihrem Versicherungsvertrag zugeordneten Anlagevermögens in Gold geführt wird, können Sie darüber hinaus maximal neun Investmentfonds auswählen, andernfalls maximal zehn.

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

(1) Maßgebender Preis für die Zahl der Anteileinheiten am internen Fonds für Gold, die wir Ihrem Versicherungsvertrag aus einem Anlagebetrag zuordnen, ist der Rückgabepreis in Euro je Anteileinheit (Gramm) am internen Fonds, der für den Stichtag (letzter Börsentag) des Vormonats, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.generali.de/goldanlage) veröffentlicht wird, erhöht um einen Zuschlag für den Kauf von 2,0 %. Für jeden Vertragsteil (Grundversicherung, jede Erhöhungsversicherung, Sonderzahlung) ermitteln wir die Ihrem Vertrag zuzuordnende Menge an Gold auf 0,000 001 Anteileinheiten, also 0,000 001 Gramm = 1 µg = 1 Mikrogramm, genau.

(2) Bei Beginn einer lebenslangen Rentenzahlung, bei Tarif VEPN auch bei Beginn einer Zeitrente, rechnen wir den gesamten oder einen Teil des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestands in einen Geldbetrag um und bilden hieraus – zusammen mit eventuellem Guthaben aus den Investmentfonds und dem übrigen nicht fondsgebundenen Guthaben Ihres Versicherungsvertrags – die Rente. Maßgebender Preis für die Ermittlung des Geldwerts des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestandes ist der Rückgabepreis in

Euro für Gold, der für den Stichtag (letzter Börsentag) des Monats vor Beginn der Rentenzahlung, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.generali.de/goldanlage) veröffentlicht wird.

(3) Bei Fälligkeit einer Kapitalzahlung aus dem Versicherungsvertrag, insbesondere bei Kündigung, Ausübung des Kapitalwahlrechts oder Tod, erbringen wir – zusammen mit dem eventuellen Guthaben aus den Investmentfonds und dem übrigen nicht fondsgebundenen Guthaben Ihres Versicherungsvertrags – den Geldwert des auf ihn entfallenden Goldbestands. Maßgebender Preis für die Ermittlung des Geldwerts der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Anteile des Goldbestands ist bei einer Kapitalabfindung oder Kündigung der Rückgabepreis in Euro für Gold, der für den Stichtag (letzter Börsentag) des Monats, an dessen Ende die Kapitalzahlung fällig ist, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.generali.de/goldanlage) veröffentlicht wird. Endet der Versicherungsvertrag durch Tod der versicherten Person, gilt der Rückgabepreis in Euro für Gold, der für den Stichtag (letzter Börsentag) des Monats, der dem Todesfall vorangegangen ist, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.generali.de/goldanlage) veröffentlicht wird.

(4) Bis zur Fälligkeit einer Kapitalzahlung kann der Anspruchsberechtigte in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) anstelle einer Geldzahlung bis zur Höhe der auf den Versicherungsvertrag entfallenden Anteileinheiten am internen Fonds die entsprechende Lieferung von Gold verlangen, siehe § 4 Abs. 4. Hierfür entstehen dem Anspruchsberechtigten zusätzliche Kosten (siehe ebenfalls § 4 Abs. 4).

(5) Wir bewahren unser Gold bei einem darauf spezialisierten Dienstleister auf. Es ist nicht auszuschließen, dass wir aufgrund unvorhersehbarer Umstände, deren Eintritt wir nicht zu vertreten haben, vorübergehend nicht auf unseren Goldbestand zugreifen können (beispielsweise bei Insolvenz des Dienstleisters, bei dem wir unser Gold lagern, bei technischen Defekten, Brandschäden usw.). Für diesen Fall behalten wir uns vor, eine fällige Versicherungsleistung – soweit sie sich aus dem auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestand ergibt – erst dann zu erbringen, wenn wir wieder Zugriff auf unseren Goldbestand haben. Das gilt sowohl bei einer in Geld wie auch bei einer in Form einer Goldlieferung (siehe Absatz 4) zu erbringenden Versicherungsleistung. Während dessen finden die Bestimmungen über den Stichtag für die Berechnung des Goldwertes in Absatz 2 und 3 keine Anwendung.

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

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

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

(1) Der interne Fonds ist kostenfrei. Die Entwicklung des Goldpreises (siehe § 2) überträgt sich somit ohne Minderung durch Kosten auf den Wert einer Anteileinheit dieses Fonds, d. h. eines Gramms Gold. Sofern Sie die goldgebundene Anlage wählen, fallen im Rahmen des Versicherungsvertrags jedoch zusätzlich Kosten durch einen Zuschlag für den Kauf für hinzukommende Anteileinheiten am internen Fonds und in Form von laufenden Verwaltungskosten für die auf Ihren Vertrag bereits insgesamt entfallenden Anteileinheiten am internen Fonds (siehe Absätze 2 und 3) an.

(2) Der Zuschlag für den Kauf für hinzukommende Anteileinheiten von 2,0 %, den wir bei Umrechnung von Anlagebeträgen in Gold auf den Rückgabepreis aufschlagen (siehe § 2 Abs. 1), deckt die Kosten für den tatsächlichen Erwerb des Goldes ab, insbesondere den Unterschied zwischen Ankaufs- und Verkaufspreis für Gold auf dem Weltmarkt.

(3) Auch für die laufenden Verwaltungsaufwendungen in Zusammenhang mit der Aufbewahrung und Sicherung des Goldbestands (z. B. Bereithaltung entsprechender Tresore, Wachschutz) entstehen für Sie zusätzliche laufende Verwaltungskosten. Sie werden zu Beginn eines jeden Monats in Höhe von 1,0 ‰ vom Geldwert der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Anteileinheiten am internen Fonds, also des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestandes, bemessen. Maßgebend sind hierbei der Goldbestand am Ende des gerade abgelaufenen Monats und der Rückgabepreis für Gold in Euro, der für den Stichtag (letzter Börsentag) dieses Vormonats, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.generali.de/goldanlage) veröffentlicht wird. Wir verrechnen diesen Betrag durch eine entsprechende monatliche Minderung des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestandes. Sofern der goldgebundenen Anlage keine weiteren Anlagebeträge zugeführt werden – also insbesondere bei beitragsfreien Verträgen oder Vertragsteilen (etwa Sonderzahlungen), speziell Versicherungen nach Tarif VEPN – mindert sich dadurch monatlich die Anzahl der Anteileinheiten am internen Fonds und somit die Menge an Gold, die auf den Vertrag bzw. Vertragsteil entfällt.

(4) Wünscht der Anspruchsberechtigte bei Fälligkeit einer Kapitalzahlung statt der Kapitalzahlung die Auslieferung der Menge Gold, die der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Menge an Gold entspricht (siehe § 2 Abs. 4), so erfolgt die Auslieferung im Regelfall in Barren zu jeweils 1.000 g. Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten können wir auch Goldbarren in Mengeneinheiten von jeweils 500 g, 250 g, 100 g oder 50 g liefern lassen. Einen dabei verbleibenden Restbetrag erbringen wir als Geldbetrag. Für die Lieferung von Gold entstehen Ihnen zusätzliche Kosten (Herstellungskosten der Goldbarren, Verpackungs- und Versandkosten). Diese Kosten sind umso höher, je kleiner die jeweiligen Mengeneinheiten sind. Die Höhe der Kosten finden Sie in der jeweils aktuellen Kostentabelle, die Sie bei uns anfordern können. Gegebenenfalls müssen wir die auslieferbare Goldmenge zuvor um den Teil mindern, der dem Geldbetrag entspricht, den wir für Sie auf die Erträge Ihres Versicherungsvertrags als Einkommensteuer sowie Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer abzuführen haben.

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

(1) Sofern in § 16 AVB (für Versicherungen nach Tarif VAN) bzw. § 12 AVB (für Versicherungen nach Tarif VEPN)

- zur Änderung der Aufteilung der Anlagebeiträge,
- zur Umschichtung von Guthaben,
- zum Fonds-Einstiegsmanagement oder Fonds-Ausstiegsmanagement,
- zur Änderung der garantierten Leistung und
- zu den Kosten von Guthabenumschichtungen

von „Fonds“, „fondsgebundenem Guthaben“ oder „Fondsguthaben“ die Rede ist, gelten diese Regelungen grundsätzlich auch für die goldgebundene Anlage im Versicherungsvertrag. Das nicht fondsgebundene Guthaben gemäß den Regelungen des § 16 bzw. §12 AVB ist nur das in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegte Guthaben.

(2) Abweichend von den Regelungen in § 16 AVB (für Versicherungen nach Tarif VAN) bzw. § 12 AVB (für Versicherungen nach Tarif VEPN) gilt jedoch:

- Für die Ermittlung des Werts einer vorhandenen goldgebundenen Anlage gilt der für den gemäß § 16 bzw. § 12, jeweils Abs. 2 AVB maßgebenden Tag, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.generali.de/goldanlage) veröffentlichte Rückgabepreis für Gold in Euro.
- Bei der Umschichtung von Guthaben in die goldgebundene Anlage erhöht sich dieser Rückgabepreis um einen Zuschlag für den Kauf von 2,0 %.

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

(1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Mit § 2 AVB (für Versicherungen nach Tarif VAN oder VEPN) erläutern und vereinbaren wir mit Ihnen die Überschussbeteiligung Ihres Rentenversicherungsvertrags. Die dort vereinbarten Regelungen zu „renditeorientiertem Guthaben“, „fondsgebundenem Guthaben“ oder „Fondsguthaben“ gelten ebenso für das goldgebundene Guthaben des Versicherungsvertrags. Auf das goldgebundene Guthaben fallen keine Bewertungsreserven an. Nicht fondsgebundenes Guthaben gemäß § 2 AVB ist nur das in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegte Guthaben. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest und veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht (siehe § 2 Abs. 3 AVB). Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen (siehe § 2 Abs. 9 AVB).

(2) Mit § 2 Abs. 4 AVB ist geregelt, wie die Überschussanteile vor Beginn einer Rentenzahlung ermittelt werden. Über die damit vereinbarten Überschussanteile hinaus erhalten Sie im Rahmen der goldgebundenen Anlage weitere Kostenüberschussanteile vor Beginn der Rentenzahlung.

- Zu jedem Zeitpunkt, zu dem wir Anlagebeträge oder Umschichtungsbeträge des Versicherungsvertrags für den Kauf von Gold verwenden, teilen wir Ihrem Versicherungsvertrag als weiteren Kostenüberschussanteil den nicht garantierten Betrag zu, der sich zusätzlich ergeben kann, wenn wir bei Ermittlung der auf Ihren Versicherungsvertrag gemäß § 2 Abs. 1 bzw. § 5 Abs. 2 entfallenen Anteileinheiten am internen Fonds einen geringeren Zuschlag für den Kauf als den dort genannten ansetzen können.
- Zu jedem Monatsbeginn teilen wir Ihrem Versicherungsvertrag als weiteren Kostenüberschussanteil einen Betrag im Verhältnis der jährlich festzulegenden Überschussanteilsätze zum Geldwert des auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestandes zu. Maßgebend sind hierbei der Goldbestand am Ende des gerade abgelaufenen Monats und der Rückgabepreis für Gold in Euro, der für den Stichtag (letzter Börsentag) dieses Vormonats, 12 Uhr mittags deutscher Zeit, unter einem entsprechenden Link auf unserer Internetseite (derzeit unter www.generali.de/goldanlage) veröffentlicht wird.

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

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

(1) Es kann der Fall eintreten, dass wir das aus den Anlage- oder Umschichtungsbeträgen zu erwerbende Gold nicht mehr mit dem in § 2 Abs. 1, § 4 Abs. 2 und § 5 Abs. 2 genannten Zuschlag für den Kauf kostendeckend erwerben können. Grund hierfür könnte beispielsweise sein, dass unser Goldlieferant infolge einer gestiegenen Differenz zwischen An- und Verkaufspreisen für Gold auf dem Weltmarkt einen gegenüber unserer anfänglichen Annahme um mehr als 1,0 % des Rückgabepreises höheren Zuschlag für den Kauf verlangt. Bei Überschreiten dieser Obergrenze werden wir die entsprechenden künftigen Anlage- und Umschichtungsbeträge für Ihren Versicherungsvertrag, die eigentlich für die Anlage in Gold vorgesehen waren, dem nicht fondsgebundenen (sicherheitsorientierten) Guthaben Ihres Versicherungsvertrags zuführen bzw. solches Guthaben für Ihren Vertrag bilden. Eventuelle aus dem sicherheitsorientierten Guthaben zur Anlage in Gold vorgesehene Umschichtungsbeträge werden wir dann nicht umschichten. Mit diesen künftigen Anlage- oder Umschichtungsbeträgen ist Ihr Versicherungsvertrag dann nicht an die Wertentwicklung von Gold gekoppelt.

(2) Es kann der Fall eintreten, dass aufgrund von uns nicht zu vertretender Anlässe die Kosten für die Verwaltung des Goldbestandes so stark steigen, dass die in § 4 Abs. 3 genannte Kostensatz-Obergrenze überschritten wird. Grund hierfür könnte sein, dass der Dienstleister, bei dem wir unser Gold lagern, beispielsweise infolge gestiegener Lohn- oder Versicherungskosten eine gegenüber unserer anfänglichen Vereinbarung um monatlich mehr als 0,25 ‰ des Goldbestands höhere Vergütung beansprucht. In diesem Fall werden wir den auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Goldbestand veräußern und den erlösten Geldwert dem nicht fondsgebundenen (sicherheitsorientierten) Guthaben Ihres Versicherungsvertrags zuführen bzw. solches Guthaben für Ihren Vertrag bilden. Diese Umschichtung erfolgt für Sie kostenfrei. Auch diejenigen künftigen Anlage- oder Umschichtungsbeträge Ihres Versicherungsvertrags, die eigentlich für die Anlage in Gold vorgesehen waren, führen wir dann dem nicht fondsgebundenen Guthaben Ihres Versicherungsvertrags zu bzw. sie verbleiben dort. Damit ist Ihr Versicherungsvertrag dann nicht mehr an die Wertentwicklung von Gold gekoppelt.

(3) Sofern eine Anpassung gemäß Absatz 1 oder 2 erforderlich ist, werden wir Sie hierüber mit mindestens vier Wochen Frist in Textform informieren. Anstelle der Investition der künftigen Anlagebeträge bzw. des Geldwerts des vorhandenen Goldbestandes in das nicht fondsgebundene (sicherheitsorientierte) Guthaben Ihres Versicherungsvertrages können Sie innerhalb von vier Wochen nach Erhalt unseres Schreibens auch verlangen, dass wir diese Beträge in einem Investmentfonds, der bei uns für Ihren Vertrag dann zur Verfügung steht, anlegen. Auch diese Umschichtung erfolgt für Sie kostenfrei.

Besondere Bedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan A

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan A gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für Ihren VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?	§ 1
Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	§ 2
Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	§ 3
Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	§ 4
Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	§ 5
Was gilt bei Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?	§ 6

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

(1) Der vertraglich vereinbarte Beitrag für Ihren VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit allen versicherten Komponenten bzw. einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Beitrags des Vorjahres.

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne Gesundheitsprüfung.

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

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung (Nachtrag zu Ihrer Versicherung). Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

(3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt

- zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, ab dem sich letztmalig noch eine Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer von mindestens einem vollen Jahr ergibt,
- spätestens jedoch zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Geburtstag am nächsten liegt, an dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.

(4) Für die Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherung als Komponenten der Risikoabsicherung sowie für eine evtl. eingeschlossene Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gilt: Deren Versicherungsleistungen werden längstens bis zu dem für die Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöht (siehe § 3 Abs. 2). Wenn die monatlichen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrenten aller bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträge den Betrag von 3.000 € erstmals erreicht oder überschritten haben, behalten wir uns vor, weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente vom Ergebnis einer wirtschaftlichen Angemessenheitsprüfung abhängig zu machen. Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrenten werden hierbei addiert.

(5) Für die Pflegerenten-Versicherung und die Pflegerentenoptions-Versicherung als Komponenten der Risikoabsicherung sowie für eine evtl. eingeschlossene Pflegerenten-Zusatzversicherung oder eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung gilt: Es erfolgen keine weiteren Erhöhungen zu dieser Komponente bzw. Zusatzversicherung, wenn die jährliche Pflegerente in Pflegegrad 5 bzw. – bei der Pflegerentenoptions-(Zusatz-)Versicherung – die durch Ausüben dieser 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 Komponente bzw. Zusatzversicherung. Zu dieser Komponente bzw. Zusatzversicherung erfolgen erst dann weitere Erhöhungen, wenn durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die versicherte jährliche Rente bei

Pflegegrad 5 bzw. – bei der Pflegerentenoptions-(Zusatz-)Versicherung – die erwerbbare Rentenanwartschaft wieder 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 Erhöhungsversicherungen nach den jeweiligen Tarifen der einzelnen Komponenten (bei der Rentenversicherung nach Tarif VAN allerdings ohne Recht auf Teilrenten) verwendet, bei denen die Dauer bis zum Rentenbeginn bzw. die Versicherungsdauer und die Beitragszahlung zum gleichen Termin enden wie bei den Grundversicherungen.

(2) Die Versicherungsleistungen der einzelnen Komponenten Ihres VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITS-PLANS werden im gleichen Verhältnis wie bei den Grundversicherungen zueinander erhöht. Der Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung aus einer Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegerenten-(Zusatz-) Versicherung erstreckt sich auch auf die Erhöhungsbeiträge. Ist zu einer Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung gleichzeitig eine Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- bzw. Pflegerente mitversichert, so erhöht sich diese im gleichen Verhältnis wie die Beitragssumme der Hauptversicherung. In dem gleichen Verhältnis erhöht sich auch eine erwerbbare Pflegerentenanwartschaft aus der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung, eine zusätzlich versicherte Todesfallsumme aus der Todesfall-(Zusatz-)Versicherung oder eine zusätzlich versicherte Summe aus der Schwere-Krankheiten-(Zusatz-)Versicherung. Die Erhöhungen zu einer Pflegerenten- oder Pflegerentenoptions-(Zusatz-)Versicherung stehen unter dem Vorbehalt von § 2 Abs. 5.

(3) Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen zur Rentenversicherung nach Tarif VAN, insbesondere bei der Berechnung der garantierten Mindestrente je 10.000 € des Anlagevermögens, werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden gleichartigen Rentenversicherungen ansetzen. Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen einer Pflegerentenoptions-(Zusatz-)Versicherung mit Recht auf späteren Abschluss einer Pflegerenten-Versicherung 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 Pflegerentenoptions-(Zusatz-)Versicherungen ansetzen. Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen einer Schwere-Krankheiten-(Zusatz-)Versicherung werden wir die gleichen Annahmen über den Eintritt dieser schweren Krankheiten zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden Schwere-Krankheiten-(Zusatz-)Versicherungen ansetzen. Auf die Anwendung solcher aktuellen Rechnungsgrundlagen werden wir Sie vor dem Erhöhungstermin im Nachtrag zu Ihrer Versicherung hinweisen. Bereits durchgeführte frühere Erhöhungen aus dem Dynamikplan bleiben hiervon unberührt.

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

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

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

(3) Bei einer Erhöhungsversicherung zu einer Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Versicherung mit erhöhter Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente bei Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalles in den ersten fünf Jahren (Startervariante) bzw. bei einer Erhöhungsversicherung, in der eine derartige Zusatzversicherung eingeschlossen ist, ist der Zeitpunkt, zu dem sich die versicherte Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente der Erhöhungsversicherung tarifgemäß verringert, identisch mit dem Termin bei der Grundversicherung. Entsprechendes gilt für eine Schwere-Krankheiten-(Zusatz-) Versicherung mit erhöhter garantierter Versicherungssumme in den ersten fünf Jahren (Startervariante). 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- oder Grundfähigkeitsrente bzw. die versicherte Summe aus der Schwere-Krankheiten-(Zusatz-)Versicherung im Rahmen des Dynamikplans zu diesem Termin nicht in dem in § 3 Abs. 2 genannten Verhältnis, sondern entsprechend verringert. Nach diesem Termin werden weitere Erhöhungen nach dem Dynamikplan mit einer jeweils konstanten versicherten Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente und einer jeweils konstanten Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-(Zusatz-) Versicherung durchgeführt.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

§ 6 Was gilt bei Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?

(1) Zu einer Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Versicherung bzw. zu einer evtl. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung erfolgen auch dann Erhöhungen nach dem Dynamikplan, wenn wir die Beitragszahlung wegen Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass aufgrund von § 5 Abs. 2 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist oder Sie den Dynamikplan nachträglich ausgeschlossen haben, sofern die Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung unverändert fortbesteht. Eine laufende Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente wird während einer Berufsunfähigkeit bzw. während der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung – aber nur erhöht, wenn Sie für die Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben.

(2) Ist eine Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung zur Beitragsbefreiung einer Hauptversicherung und evtl. anderer Zusatzversicherungen oder anderer Absicherungskomponenten bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit eingeschlossen, erfolgen auch dann Erhöhungen nach dem Dynamikplan, wenn wir die Beitragszahlung wegen eingetretener Pflegebedürftigkeit übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass aufgrund von § 5 Abs. 2 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist oder Sie den Dynamikplan ausdrücklich ausgeschlossen haben, sofern die Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung zur Beitragsbefreiung unverändert fortbesteht. Eine laufende Pflegerente wird während einer Pflegebedürftigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung – aber nur erhöht, wenn Sie für die Pflegerente die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben.

Besondere Bedingungen für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan B

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan B gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für Ihren VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge? § 1
Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen? § 2
Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen? § 3
Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen? § 4
Wann werden Erhöhungen ausgesetzt? § 5
Was gilt bei Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit oder Pflegebedürftigkeit? § 6

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

(1) Der vertraglich vereinbarte Beitrag für Ihren VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN mit allen versicherten Komponenten bzw. einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich jeweils grundsätzlich um den vereinbarten Prozentsatz des Beitrags des Vorjahres. Ab zwölf Jahren vor Beginn der Verfügungsphase (§ 3 Abs. 1 AVB) ist der Erhöhungsbeitrag jedoch auf 20 % des bisherigen Beitrags für die Hauptversicherung bzw. Komponente nach Tarif VAN begrenzt.

(2) Den Erhöhungsbeitrag verwenden wir für eine Erhöhung der Versicherungsleistungen aus der Hauptversicherung bzw. Komponente nach Tarif VAN und – sofern auch bislang schon versichert – deren Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit oder Eintritt der Pflegebedürftigkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die eventuell mitversicherten Leistungen aus einer Todesfall-(Zusatz-)Versicherung, einer Schwere-Krankheiten-(Zusatz-)Versicherung, einer Pflegerenten-Options-(Zusatz-)Versicherung sowie eine Rente bei Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit oder Eintritt der Pflegebedürftigkeit erhöhen sich dabei nicht.

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

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen gemäß § 1 Abs. 2 erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung (Nachtrag zu Ihrer Versicherung). Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

(3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt

- zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, ab dem sich letztmalig noch eine Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer von mindestens einem vollen Jahr ergibt,
- spätestens jedoch zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Geburtstag am nächsten liegt, an dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.

Ist die Komponente nach Tarif VAN infolge ihrer vorzeitigen Beendigung nicht mehr Vertragsbestandteil, endet damit auch der Dynamikplan B.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Der zusätzliche Beitrag wird gemäß § 1 Abs. 2 für Erhöhungsversicherungen nach Tarif VAN (allerdings ohne Recht auf Teilrenten) verwendet, bei denen die Dauer bis zum Rentenbeginn und die Beitragszahlung zum gleichen Termin enden wie bei den Grundversicherungen.

(2) Der eventuelle Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung aus einer Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung erstreckt sich auch auf die Erhöhungsversicherungen.

(3) Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen zur Rentenversicherung nach Tarif VAN, insbesondere bei der Berechnung der garantierten Mindestrente je 10.000 € des Anlagevermögens, werden wir die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden gleichartigen Rentenversicherungen ansetzen. Auf die Anwendung solcher aktuellen Rechnungsgrundlagen werden wir Sie vor dem Erhö-

hungstermin im Nachtrag zu Ihrer Versicherung hinweisen. Bereits durchgeführte frühere Erhöhungen aus dem Dynamikplan bleiben hiervon unberührt.

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

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

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

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

§ 6 Was gilt bei Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?

(1) Zu einer Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Versicherung bzw. zu einer evtl. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung erfolgen auch dann Erhöhungen, wenn wir die Beitragszahlung wegen Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass aufgrund von § 5 Abs. 2 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist oder Sie den Dynamikplan nachträglich ausgeschlossen haben, sofern die Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung unverändert fortbesteht. Eine laufende Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente wird während einer Berufsunfähigkeit bzw. während der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung – nur erhöht, wenn Sie für die Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben.

(2) Ist eine Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung zur Beitragsbefreiung einer Hauptversicherung und evtl. anderer Zusatzversicherungen oder anderer Absicherungskomponenten bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit eingeschlossen, erfolgen auch dann Erhöhungen nach dem Dynamikplan, wenn wir die Beitragszahlung wegen eingetretener Pflegebedürftigkeit übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass aufgrund von § 5 Abs. 2 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist oder Sie den Dynamikplan ausdrücklich ausgeschlossen haben, sofern die Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung zur Beitragsbefreiung unverändert fortbesteht. Eine laufende Pflegerente wird während einer Pflegebedürftigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung – aber nur erhöht, wenn Sie für die Pflegerente die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben.

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

Sofern vereinbart, gilt darüber hinaus die am Ende abgedruckte

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

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung berufsunfähig im Sinne von § 2 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Leistungen:

a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen (Tarifbestandteil I oder W);

b) Zahlung der jeweils vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist (Tarifbestandteil R). Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

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

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

(2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs I bzw. W (Absatz 1 a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente (Zusatztarif R) wird während einer Berufsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung (siehe § 14) – aber nur erhöht, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben (siehe Absatz 3).

(3) Sofern Sie in Ihrem Vertrag eine garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben, erhöhen sich die gezahlten Berufsunfähigkeitsrenten während einer Leistungsphase jedes Jahr um den vereinbarten festen Steigerungssatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zum ersten Versicherungsjahreswechsel nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, an den anschließenden Versicherungsjahreswechseln zusammen mit der eventuellen jeweiligen Erhöhung aus der Überschussbeteiligung (siehe § 14 Abs. 3 d)). Bezugsgröße der Leistungsdynamik ist die jeweils erreichte garantierte Rente einschließlich der Rente aus der Überschussbeteiligung.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % ihren zuletzt vor Eintritt dieses Zustands ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nicht mehr ausüben kann. Eine Verweisung auf eine andere Tätigkeit kommt nur dann in Betracht, wenn diese im Sinne von Absatz 7 a) bzw. Absatz 8 a) konkret ausgeübt wird (Verzicht auf abstrakte Verweisung).

(2) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von § 3 ist.

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

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

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

Im Fall eines vereinbarten Leistungsausschlusses, der mitursächlich im Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeit steht, bewirkt der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers keinen Leistungsanspruch.

(5) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung PLUS

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

(6) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung EXTRA

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

(7) a) Keine Berufsunfähigkeit bei konkreter Ausübung einer zumutbaren anderen Tätigkeit

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht vor, wenn die versicherte Person nach Eintritt des in Absatz 1, 2 oder 3 beschriebenen Zustands eine zumutbare andere Tätigkeit ausübt und sie dazu aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu mehr als 50 % in der Lage ist. Eine zumutbare Tätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person die Tätigkeit aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Unter der bisherigen Le-

bensstellung 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) Wiedereingliederungshilfe

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leisten, weil die versicherte Person tatsächlich im Sinne des Absatzes 7 a) eine zumutbare andere Tätigkeit als bei Anerkennung ihrer Berufsunfähigkeit ausübt, erbringen wir – sofern eine Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 1 Abs. 1 b) mitversichert ist – bei Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung eine einmalige Zahlung in Höhe von zwölf Monatsrenten (Wiedereingliederungshilfe). Die Basis hierfür bildet die erreichte Monatsrente inklusive erreichter eventuell eingeschlossener garantierter Rentensteigerungen aus der Leistungsdynamik und eventueller Rentensteigerungen aus der Überschussbeteiligung. Diese Wiedereingliederungshilfe zahlen wir nur, wenn die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Wenn bei der versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten nach Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der erneuten Anerkennung unserer Leistungspflicht die gezahlte Wiedereingliederungshilfe mit den künftigen Berufsunfähigkeitsrenten. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

Die Anforderungen an die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit gemäß § 11 und an die Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung sowie Ihre Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs gemäß § 12 bleiben unberührt.

(8) a) Keine Berufsunfähigkeit bei Umorganisation

Bei Selbstständigen oder beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern setzt vollständige Berufsunfähigkeit zusätzlich zu Absatz 1 bis 3 voraus, dass die versicherte Person ihren Beruf auch dann nicht ausüben kann, nachdem sie ihren Betrieb zumutbar umorganisiert hat oder umorganisieren könnte.

Die Umorganisation ist nur zumutbar, wenn

- sie keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert,
- die Lebensstellung der versicherten Person als Betriebsinhaber gewahrt bleibt,
- sie von der versicherten Person auf Grund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens umgesetzt werden kann und
- der versicherten Person ein der bisherigen Position angemessener Tätigkeitsbereich geschaffen wird und dieser aus medizinischer Sicht möglich ist.

Eine Minderung des Einkommens von 20 % oder mehr bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten drei Jahre vor Abzug von Personensteuern gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als unzumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation, wenn der Betrieb der versicherten Person weniger als fünf angestellte Mitarbeiter beschäftigt. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

b) Umorganisationshilfe

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht bzw. nicht mehr leisten, weil die versicherte Person ihren Betrieb zumutbar gemäß Absatz a) umorganisiert, erbringen wir – sofern eine Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 1 Abs. 1 b) mitversichert ist – auf Antrag im Hinblick auf die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit eine einmalige Zahlung in Höhe der im Rahmen der Umorganisation angefallenen Kosten bis zu einer Höhe von zwölf Monatsrenten (Umorganisationshilfe). Die Basis hierfür bildet die erreichte Monatsrente inklusive erreichter eventuell eingeschlossener garantierter Rentensteigerungen aus der Leistungsdynamik und eventueller Rentensteigerungen aus der Überschussbeteiligung. Diese Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt des Antrags auf Umorganisationshilfe die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Wenn bei der versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten nach Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der erneuten Anerkennung unserer Leistungspflicht die gezahlte Umorganisationshilfe mit den künftigen Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals beantragen, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht. Die Umorganisationshilfe zahlen wir nicht, wenn wir eine Wiedereingliederungshilfe gemäß Absatz 7 b) erbringen.

Die Anforderungen an die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit gemäß § 11 und an die Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung sowie Ihre Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs gemäß § 12 bleiben unberührt.

(9) Bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das dem Ausbildungsziel entsprechende Berufsbild zugrunde gelegt. Berufsunfähigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer evtl. anderweitigen Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 7 a)) entspricht.

(10) Bei Studierenden gilt als zuletzt ausgeübter Beruf das zuletzt betriebene Regelstudium. Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn der bei Antragstellung angegebene angestrebte Beruf nicht mehr gemäß Absatz 1 ausgeübt werden kann. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Berufsakademie. Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein. Berufsunfähigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn die versicherte Person ein anderes Studium oder eine andere berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 7 a)) entspricht.

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

keiten in der Lage ist und die ihrer Lebensstellung beim Ausscheiden aus dem Berufsleben entspricht.

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

§ 3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

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

(2) Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

a) Fortbewegen im Zimmer = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

b) Aufstehen und Zubettgehen = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

c) An- und Auskleiden = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

e) Waschen, Kämmen oder Rasieren = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

f) Verrichten der Notdurft = 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

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

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

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

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

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

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

(2) Versicherte Grundfähigkeiten

a) Sehen

Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch nach Einsatz von Hilfsmitteln oder therapeutischen Maßnahmen so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

b) Sprechen

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

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

c) Hören

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

d) Gehen

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

e) Eine Hand gebrauchen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder der linken Hand nicht mehr in der Lage ist,

- einen maximal 250 Gramm wiegenden Alltagsgegenstand (z. B. ein Wasserglas oder eine handelsübliche Packung Butter) zu greifen und eine Minute lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten, ohne dass er ihr aus der Hand fällt, oder
- einen intakten Wasserhahn zu- und wieder aufzudrehen.

f) Einen Arm gebrauchen

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

g) Knien/Bücken

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

h) Heben/Tragen

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

(3) Nachweis der Beeinträchtigung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(6) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person erbringen und nach Abschluss der Leistungsprüfung feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 vorliegt, rechnen wir den Zeitraum ab dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 eingetreten ist, wir gleichzeitig aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, auf die maximale Leistungsdauer von insgesamt 18 Monaten nach Absatz 3 nicht an.

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

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

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtrauchertarif abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.

(2) Ist für diese Zusatzversicherung der Nichtrauchertarif vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

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

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

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

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

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

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

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

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

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

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

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

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

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

§ 7 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

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

(2) Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen grundsätzlich erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wir leisten aber für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren rückwirkend – gerechnet ab dem Monat der Meldung – für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgenden Monats leisten.

(3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den Anspruch

auf die Berufsunfähigkeitsleistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen.

(4) Der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 10 Abs. 2), wenn die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

§ 8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässig und grob fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeiten sind von diesem Ausschluss nicht betroffen. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr verursacht wurde;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;

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

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

(1) Wird eine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf (Anamnese) und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit bzw. den Umfang der Pflegebedürftigkeit; stattdessen bei der BerufsunfähigkeitsZusatzversicherung PLUS im Falle von § 2 Abs. 5 ausführliche Berichte eines Facharztes zum Verlust einer Grundfähigkeit gemäß § 4;

c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person und der inzwischen eingetretenen Veränderungen mit Einkommensnachweisen;

d) eine Darstellung der durch Ausbildung und Erfahrung bisher erlangten beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der versicherten Person sowie Zeugnisse;

e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

f) eine Aufstellung sowie Berichte und Unterlagen

- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geltend machen könnte,
- über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre

Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

(3) Grundsätzlich verlangen wir nicht, dass die versicherte Person ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt auch für operative Maßnahmen, die das Leiden heilen oder mindern. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person jedoch folgen. Dies gilt für

- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.
- Heilbehandlungen, wenn sie
  - o gefahrlos sind,
  - o nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
  - o eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person dadurch verbessert.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 9 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 18 Monaten – befristen, wenn

- sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
- die medizinischen und beruflichen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,
- die versicherte Person eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme absolviert oder eine solche Maßnahme vorgesehen oder beabsichtigt ist.

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

§ 11 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

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

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

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

(1) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1, 2, 4 oder – sofern eingeschlossen – 5 dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (§ 2 Abs. 6, § 5) erlischt der Leistungsanspruch zu dem Zeitpunkt, ab dem keine vollständige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt oder wenn wir eine Leistung wegen einer anderweitigen Berufsunfähigkeit aufgrund von § 2 erbringen, spätestens nach einer Leistungsdauer von insgesamt 18 Monaten. Die Einstellung unserer Leistungen teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Ab dem Zeitpunkt, zu dem unsere Leistungspflicht erlischt, muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

(2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraumes prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen und beruflichen Verhältnissen der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1, 2, 4 oder – sofern eingeschlossen – 5 dieser Bedingungen besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 9. In diesem Fall werden wir § 2 Abs. 11 nicht anwenden.

(3) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden.

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

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

§ 14 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.

b) Wichtigster Einflussfaktor vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko niedriger sind und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifkalkulation angenommen.

c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken. Es stehen daher vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können. Erst nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit ist auch die Entwicklung des Kapitalmarkts von größerer Bedeutung.

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

(2) Zuordnung Ihres Vertrages

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

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

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

b) Bonusrente anstelle einer Beitragsanrechnung

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

c) Schluss-Überschussanteil

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

d) Laufende Berufsunfähigkeitsrente

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

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

(4) Bewertungsreserven

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

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

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 15 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.

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

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

Kündigung der Zusatzversicherung

(4) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.

(5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern wir keine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen.

Auszahlungsbetrag

(6) Wir zahlen nach Kündigung den

- Rückkaufswert (Absatz 7, vorbehaltlich Absatz 5),
- vermindert um den Abzug (Absatz 8),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 9).

Rückkaufswert

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

Abzug

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

Überschussbeteiligung

(9) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 6 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- dem Schluss-Überschussanteil (§ 14 Abs. 3c) und
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 14 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

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

Beitragsfreistellung

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

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 7),
- vermindert um den Abzug (Absatz 12).

Abzug

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

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

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

Hinweis

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

(14) Eine Fortführung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 11 zusammen mit der Hauptversicherung ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Anderenfalls wird der wie in Absatz 11 in Verbindung mit Absatz 12 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.

(15) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 4 bis 14 entsprechend.

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

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

§ 16 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

(1) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt weltweit.

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

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

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

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

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

Zur Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens dient bis auf Weiteres der Generali Vitality Status der versicherten Person im Generali Vitality Programm der Generali Vitality GmbH. Zum jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns ist für die Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens und somit der davon abhängigen Höhe der Überschussanteile Ihrer Versicherung im jeweiligen neuen Versicherungsjahr der drei Monate vor dem jeweiligen Jahrestag erreichte Generali Vitality Status maßgeblich. Diesen meldet uns die Generali Vitality GmbH. Erstmals berücksichtigen wir für die weitere Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens die Meldung des Generali Vitality Status zum zweiten Jahrestag des Versicherungsbeginns.

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

Die auf die Beitragszahlung angerechneten Überschussanteile Ihrer Zusatzversicherung können steigen, wenn die versicherte Person durch gesundheitsbewusstes Verhalten einen entsprechenden Generali Vitality Status erreicht. Hierdurch sinkt Ihr Zahlbeitrag. Umgekehrt kann die Höhe der Überschussanteile Ihrer Zusatzversicherung aber auch zurückgehen, wenn die versicherte Person sich weniger gesundheitsbewusst verhält und einen diesem Verhalten entsprechenden Generali Vitality Status erhält. Dadurch steigt Ihr Zahlbeitrag. Ihr Zahlbeitrag ergibt sich aus dem um den jewei-

ligen Überschussanteil verminderten Tarifbeitrag. Einzelheiten hierzu, insbesondere zu den vom Generali Vitality Status abhängigen jährlichen Zu- oder Abnahmen der Überschussanteilsätze sowie zu den in jedem Versicherungsjahr geltenden Grenzwerten und Bezugsgrößen, finden Sie in unserem jährlichen Geschäftsbericht. Diese Werte werden jährlich im Rahmen der Überschussbeteiligung neu festgesetzt.

Sofern das Generali Vitality Programm während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags nicht mehr angeboten wird und wir dann auch kein anderes geeignetes Programm hierfür anbieten, können wir das gesundheitsbewusste Verhalten für die individuelle Bemessung der Überschussanteile nicht mehr berücksichtigen. Stattdessen werden wir Ihrer Zusatzversicherung einen angemessenen, verhaltensunabhängigen Überschussanteil zuteilen.

Bedingungen für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die Grundfähigkeits-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 bei Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten (Verlust einer Grundfähigkeit)?	§ 1
Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?	§ 2
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 3
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 4
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 5
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 6
Was gilt für die Nachprüfung der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit?	§ 7
Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?	§ 8
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?	§ 9
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 10
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 11
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 12

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten (Verlust einer Grundfähigkeit)?

(1) Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen ein, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen (Tarifbestandteil G);

b) Zahlung der jeweils vereinbarten Grundfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist (Tarifbestandteil R). Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

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

Die Versicherungsleistungen erbringen wir, solange die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gemäß § 2 besteht und die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ablauf der Zusatzversicherung. Bei Versicherungen mit gegenüber der Leistungsdauer abgekürzter Versicherungsdauer werden Leistungen aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung nur bei Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit vor Ende der Versicherungsdauer erbracht, dann jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer, sofern die Anspruchsvoraussetzungen weiter bestehen.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Beeinträchtigungen von körperlichen Fähigkeiten nebeneinander, erbringen wir die Versicherungsleistung aber nur in einfacher Höhe.

(2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs G (Absatz 1 a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Eine laufende Grundfähigkeitsrente (Zusatztarif R) wird während der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung (siehe § 10) – aber nur erhöht, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben (siehe Absatz 3).

(3) Sofern Sie in Ihrem Vertrag eine garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben, erhöhen sich die gezahlten Grundfähigkeitsrenten während einer Leistungsphase jedes Jahr um den vereinbarten festen Steigerungssatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zum ersten Versicherungsjahreswechsel nach Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen, an den anschließenden Versicherungsjahreswechseln zusammen mit der eventuellen jeweiligen Erhöhung aus der Überschussbeteiligung (siehe § 10 Abs. 3 c)). Bezugsgröße der Leistungsdynamik ist die jeweils erreichte garantierte Rente einschließlich der Rente aus der Überschussbeteiligung.

§ 2 Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?

(1) Wenn bei der versicherten Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die fachärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen eine Beeinträchtigung einer der nachstehenden acht körperlichen Fähigkeiten im beschriebenen Umfang bestehen wird oder bereits sechs Monate ununterbrochen bestand, so liegt von Beginn dieses Zustands an eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor. Die Beeinträchtigung einer der beschriebenen körperlichen Fähigkeiten gilt als Verlust einer Grundfähigkeit.

(2) Versicherte Grundfähigkeiten

a) Sehen

Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch nach Einsatz von Hilfsmitteln oder therapeutischen Maßnahmen so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

b) Sprechen

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

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

c) Hören

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

d) Gehen

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

e) Eine Hand gebrauchen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder der linken Hand nicht mehr in der Lage ist,

- einen maximal 250 Gramm wiegenden Alltagsgegenstand (z. B. ein Wasserglas oder eine handelsübliche Packung Butter) zu greifen und eine Minute lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten, ohne dass er ihr aus der Hand fällt, oder
- einen intakten Wasserhahn zu- und wieder aufzudrehen.

f) Einen Arm gebrauchen

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

g) Knien/Bücken

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

h) Heben/Tragen

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

(3) Nachweis der Beeinträchtigung

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

§ 3 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

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

(2) Wird uns die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Leistungen 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 Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des auf den Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit 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 Leistungen bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen.

(4) Der Anspruch auf die Leistungen erlischt, wenn die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der Anerkennungsdauer (§ 6 Abs. 2), wenn die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit verursacht ist

a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässig und grob fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeiten sind von diesem Ausschluss nicht betroffen. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn der Verlust der Grundfähigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr verursacht wurde;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;

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

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

(1) Wird eine Leistung aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Anspruchserhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

a) ausführliche Berichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf (Anamnese) und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über dessen Auswirkungen auf die in § 2 beschriebenen Fähigkeiten;

b) eine Aufstellung

- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistun-

gen wegen der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit 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) Grundsätzlich verlangen wir nicht, dass die versicherte Person ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt auch für operative Maßnahmen, die das Leiden heilen oder mindern. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person jedoch folgen. Dies gilt für

- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.
- Heilbehandlungen, wenn sie
  - o gefahrlos sind,
  - o nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
  - o eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person dadurch verbessert.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 5 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 18 Monaten – befristen, wenn

- sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit 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 Rehabilitationsmaßnahme 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.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit?

(1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit nach § 2 nachzuprüfen; dies gilt nicht bei einem zeitlich begrenzten Anerkenntnis nach § 6 Abs. 2. Die Mitwirkungspflichten des § 5 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.

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

(1) Liegt eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. 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 eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 5.

(3) Eine Besserung des Gesundheitszustandes muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden.

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 5, 7 oder 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 10 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.

b) Wichtigster Einflussfaktor vor Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Risiko niedriger sind und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifkalkulation angenommen.

c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung der Leistungsfälle. Es stehen daher vor Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können. Erst im Leistungsfall ist auch die Entwicklung des Kapitalmarkts von größerer Bedeutung.

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

(2) Zuordnung Ihres Vertrages

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

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

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

b) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Tarifbestandteil G bzw. bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Tarifbestandteil R sowie ggf. bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gewährt wurden und in der auf Grund gegenüber der Versicherungsdauer abgekürzter Beitragszahlungsdauer keine Beitragszahlungspflicht bestand, im Verhältnis zu dem auf den Tarifbestandteil G bzw. zu dem auf den Tarifbestandteil R entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der als Leistung aus der Grundfähigkeits-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 Grundfähigkeits-Zusatzversicherung ggf. beitragsbefreit waren, – jedoch ohne eventuelle Stückkostenzuschläge – fällig werden. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der ggf. fällige Schluss-Überschussanteil für die verbleibende Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Tarifbestandteils G bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Tarifbestandteils R mit 7,5 % p. a. diskontiert.

c) Laufende Grundfähigkeitsrente

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

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

(4) Bewertungsreserven

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

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 11 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Grundfähigkeits-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 Grundfähigkeits-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 Grundfähigkeits-Zusatzversicherung für künftige Versicherungsfälle. Bei Rentenversicherungen erlischt der Versicherungsschutz für künftige Leistungsfälle aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung spätestens mit dem Beginn der Rentenzahlung der Hauptversicherung. Absatz 17 bleibt unberührt.

Kündigung der Zusatzversicherung

(4) Eine Grundfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.

(5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern wir keine Leistung aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen.

Auszahlungsbetrag

(6) Wir zahlen nach Kündigung den

- Rückkaufswert (Absatz 7, vorbehaltlich Absatz 5),
- vermindert um den Abzug (Absatz 8),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 9).

Rückkaufswert

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

Abzug

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

Überschussbeteiligung

(9) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 6 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- dem Schluss-Überschussanteil (§ 10 Abs. 3b) und
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 10 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

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

Beitragsfreistellung

(11) Eine Grundfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen, sofern wir keine Leistung aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 7 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Grundfähigkeitsrente auf eine beitragsfreie Grundfähigkeitsrente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 7),
- vermindert um den Abzug (Absatz 12).

Abzug

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

Hinweis

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

(14) Eine Fortführung der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 11 zusammen mit der Hauptversicherung ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Anderenfalls wird der wie in Absatz 11 in Verbindung mit Absatz 12 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.

(15) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 4 bis 14 entsprechend.

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

(17) Ansprüche aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf einer bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretenen Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der

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

Hauptversicherung vor Ablauf der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung nicht berührt.

§ 12 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

(1) Der Versicherungsschutz aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gilt weltweit.

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

Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die Schwere-Krankheiten-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 Leistung erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung?	§ 3
Wann wird unsere Leistung fällig?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 7

Sofern vereinbart, gilt darüber hinaus die am Ende abgedruckte

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

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn für die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung eine schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen eintritt. Die versicherten schweren Krankheiten sind

1. Krebs,
2. Herzinfarkt und
3. Schlaganfall.

In welchem Umfang diese Krankheiten versichert sind, ist in der „Anlage zu den Versicherungsbedingungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“ aufgeführt. Die Anlage ist Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Die Leistung zahlen wir aber grundsätzlich nur, wenn die versicherte Person 28 Tage nach der ärztlichen Diagnose der definierten schweren Krankheit noch lebt. Die Versicherungsleistung wird nur einmal beim erstmaligen Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten fällig. Der Tod der versicherten Person ist kein Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.

b) Wichtigster Einflussfaktor vor Eintritt des Versicherungsfalls ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Zahl schwerer Krankheitsfälle niedriger ist und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifkalkulation zugrunde gelegt.

c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung des Risikos. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

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

(2) Zuordnung Ihres Vertrags

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

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Die Überschussbeteiligung setzt mit dem Beginn der Zusatzversicherung ein. Die laufenden Überschussanteile rechnen wir, sofern Ihre Zusatzversicherung nicht beitragsfrei ist, auf Ihre Beitragszahlungen an, so dass Sie statt des Tarifbeitrags nur einen grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten haben. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung wird im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung (einschließlich eines evtl. Risikozuschlags) bemessen. Entfällt für eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung aufgrund einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung während einer Berufsunfähigkeit bzw. wegen des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit die Beitragszahlungspflicht, teilen wir zu Beginn der Monate, die der früheren Beitragszahlungsweise entsprechen, laufende Überschussanteile im Verhältnis zum letzten für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung maßgebenden Tarifbeitrag zu. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung ausgezahlt. Falls die Beitragszahlung vorzeitig eingestellt wurde, erhalten Sie keine weiteren Überschusszuteilungen auf den letzten Tarifbeitrag.

b) Schluss-Überschussanteil

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

(4) Bewertungsreserven

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

(5) Informationen über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

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

(1) Die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtrauchertarif abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.

(2) Ist für diese Zusatzversicherung der Nichtrauchertarif vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

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

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

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

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

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2c vorgenommen, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Bei-

trag verlangen. Eine Beitragserhöhung ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist.

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

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

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

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

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

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

§ 4 Wann wird unsere Leistung fällig?

(1) Der Anspruch auf die Leistung entsteht – sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt – grundsätzlich nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose der versicherten schweren Krankheit (siehe § 1). Bis zum Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose sind die Beiträge in voller Höhe fällig. Beachten Sie bitte: Bei einem Schlaganfall besteht folgende Sonderregelung: Die Beurteilung, ob die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen (siehe „Anlage zu den Versicherungsbedingungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“, 3. Schlaganfall, Abs. 2). Stirbt die versicherte Person vor Ablauf der vorgenannten Frist von mindestens drei Monaten, aber nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose, leisten wir, wenn die versicherte Person die Leistungsvoraussetzungen ununterbrochen vom Schlaganfall bis zu ihrem Tod erfüllt hat. Auch bei einem Schlaganfall sind die Beiträge bis zum Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose in voller Höhe fällig. Die vorstehende Frist von drei Monaten hat keinen Einfluss auf die Beitragsfälligkeit. Während dieses Zeitraums entrichtete, aber nicht mehr fällige Beiträge werden wir erstatten.

(2) Bei einer Krebserkrankung beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit (siehe „Anlage zu den Versicherungsbedingungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“, 1. Krebs, Abs. 3). Die Wartezeit beginnt, nachdem Sie den ersten Beitrag bezahlt haben.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die schwere Krankheit der versicherten Person beruht.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die schwere Krankheit 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. In diesem Fall beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Diagnosetag berechneten Auszahlungsbetrags (siehe § 7). Dies gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die schwere Krankheit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die schwere Krankheit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;

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

h) durch Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten oder bei der Einnahme von Gift.

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

(1) Eine Leistung aus der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.

(2) Bitte informieren Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern), wenn bei der versicherten Person eine der drei schweren Krankheiten vorliegt. Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Anspruchserhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, zu geben und Nachweise vorzulegen:

a) die ärztliche Diagnose und Indikation (medizinische Maßnahme) der schweren Krankheit;

b) den Operationsbericht für die Operation einer schweren Krankheit;

c) Unterlagen über Laboruntersuchungen, EKG.

Dabei müssen in Bezug auf die drei versicherten schweren Krankheiten spezifische Unterlagen von qualifizierten Ärzten vorgelegt werden. Die notwendigen Unterlagen sowie die in Frage kommenden Ärzte sind in der „Anlage zu den Versicherungsbedingungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“ aufgeführt.

(3) 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. Darüber hinaus können wir erforderliche Erhebungen selbst anstellen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss.

§ 7 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 bzw. mit dem Ablauf der Hauptversicherung. Die Zusatzversicherung erlischt, wenn wir hieraus eine Leistung erbringen.

Kündigung der Zusatzversicherung

(2) Eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie zu jedem Beitragsfälligkeitstermin kündigen, eine beitragsfreie Zusatzversicherung zu jedem Monatsende.

Auszahlungsbetrag

(3) Wir zahlen nach Kündigung den

- Rückkaufswert (Absatz 4 und 6),
- vermindert um den Abzug (Absatz 5),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 7).

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

Abzug

(5) Wir vereinbaren mit Ihnen – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – einen Abzug von dem gemäß Absatz 4 ermittelten Wert. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

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

Überschussbeteiligung

(7) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, verzinslich angesammelten Überschussanteilen (§ 2 Abs. 3a), soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Betrag enthalten sind,
- dem Schlussüberschussanteil nach § 2 Abs. 3b und
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 2 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

(8) Die Kündigung der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben: Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss (Absatz 4) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Beitragsfreistellung

(9) Eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der in den AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 4 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 4),
- vermindert um den Abzug (Absatz 10).

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

Abzug

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

Hinweis

(11) Die Beitragsfreistellung der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss (Absatz 4) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Anlage zu den Versicherungsbedingungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten

1. Krebs

(1) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes durch einen qualifizierten Arzt (Onkologen oder Pathologen) bestätigt sein.

(2) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

a) Alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut)

b) Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prae-maligne und nicht-invasive Formen.

c) Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann-Arbor-Klassifikation)

d) Leukämie, sofern diese keine Anämie verursacht hat

e) Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM-Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.

f) Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0

g) Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0

(3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder

b) eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

2. Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr geführt hat, wenn zusätzlich jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist und durch einen qualifizierten Arzt (Kardiologen) nachgewiesen wird:

a) Neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, werden nachgewiesen.

b) Die herzspezifischen Marker weisen einen für Herzinfarkt charakteristischen Verlauf auf.

c) Im betroffenen Herzmuskelbereich ist ein Funktionsverlust durch eine verminderte Auswurfleistung des Herzens unter 55 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen nachweisbar.

3. Schlaganfall

(1) Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine akute Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakranialen oder subarachnoidalen Blutung, wobei zusätzlich jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

a) Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch einen qualifizierten Arzt (Neurologen / Internisten / Intensivmediziner) und mittels CT, MRT oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.

b) Der Schlaganfall muss zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen Funktionsausfall führen. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird.

(2) Die Beurteilung, ob die unter 1 b) aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

(3) Bei einer vorübergehenden Hirndurchblutungsstörung (TIA – transitorische ischämische Attacke), welche neurologische Ausfallerscheinungen hervorruft, die sich innerhalb von 24 Stunden vollständig zurückbilden, wird nicht geleistet.

Qualifizierte Ärzte

Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen und der Anlage sind Fachärzte/-innen, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz und die USA. Wir können auf Antrag auch Fachärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen. Als qualifizierte Ärzte kommen nicht in Frage die versicherte Person selbst und der Versicherungsnehmer, ein Lebens- bzw. Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person sowie ein Lebens- bzw. Ehepartner oder ein Verwandter des Versicherungsnehmers.

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

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

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

Die nach den in § 2 Absatz 1 bis 3 der Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung (SZVB) ermittelten, auf die Beitragszahlung angerechneten Überschussanteile werden auf der Grundlage des gesundheitsbewussten Verhaltens der versicherten Person erhöht oder vermindert. Das führt zu einer Verminderung bzw. Erhöhung des Zahlbeitrags. Die Festetzung des garantierten Tarifbeitrags aufgrund des anfänglichen Gesundheitszustands und des gesundheitsbewussten Verhaltens in Form der Berücksichtigung des Rauchverhaltens gemäß den SZVB bleibt hiervon unberührt.

Zur Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens dient bis auf Weiteres der Generali Vitality Status der versicherten Person im Generali Vitality Programm der Generali Vitality GmbH. Zum jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns ist für die Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens und somit der davon abhängigen Höhe der Überschussanteile Ihrer Versicherung im jeweiligen neuen Versicherungsjahr der drei Monate vor dem jeweiligen Jahrestag erreichte Generali Vitality Status maßgeblich. Diesen meldet uns die Generali Vitality GmbH. Erstmals berücksichtigen wir für die weitere Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens die Meldung des Generali Vitality Status zum zweiten Jahrestag des Versicherungsbeginns.

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

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

Sofern das Generali Vitality Programm während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags nicht mehr angeboten wird und wir dann auch kein anderes geeignetes Programm hierfür anbieten, können wir das gesundheitsbewusste Verhalten für die individuelle Bemessung der Überschussanteile nicht mehr berücksichtigen. Stattdessen werden wir Ihrer Zusatzversicherung einen angemessenen, verhaltensunabhängigen Überschussanteil zuteilen.

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
Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Todesfall-Zusatzversicherung?	§ 3
Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 4
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 7

Sofern vereinbart, gilt darüber hinaus die am Ende abgedruckte

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

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung stirbt.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.

b) Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Sterblichkeit niedriger ist und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifkalkulation zugrunde gelegt.

c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung des Risikos. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

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

(2) Zuordnung Ihres Vertrags

Die 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.

(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- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung während einer Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit 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 ab dem 3. Versicherungsjahr durch Tod der versicherten Person, Rückkauf oder Ablauf als Überschussbeteiligung ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Der Schluss-Überschussanteil wird dann für beitragsfreie Zeiten – bei Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer 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 (Absatz 1d). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrer Todesfall-Zusatzversicherung dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre Todesfall-Zusatzversicherung entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 3b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre 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. Sie kann auch null Euro betragen.

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

(1) Die Todesfall-Zusatzversicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtrauchertarif abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.

(2) Ist für diese Zusatzversicherung der Nichtrauchertarif vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

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

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

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

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

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

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

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

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

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

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

Wurde vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung ohne unsere Einwilligung vorsätzlich vorgenommen und wurde uns dies nicht unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern)

mitgeteilt, beschränkt sich die versicherte Leistung bei Tod der versicherten Person auf ein Drittel der vereinbarten Todesfallsumme. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war. Wir werden uns im Fall der Gefahrerhöhung nicht auf die Leistungsverringerung berufen, wenn zwischen Gefahrerhöhung und Eintritt des Versicherungsfalles mehr als zehn Jahre vergangen sind.

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

§ 4 Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich unsere Leistung auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes ohne Berücksichtigung des Abzugs (siehe § 7 Absätze 4 und 6). Unsere Leistung vermindert sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn der Tod während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

(3) In folgenden Fällen vermindert sich unsere Leistung auf die in Absatz 2 Satz 2 genannte Leistung: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

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

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

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

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

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir – soweit entstanden – den für den Todestag berechneten Rückkaufswert ohne Berücksichtigung des Abzugs (siehe § 7 Absätze 4 und 6). Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

(3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung der Zusatzversicherung erweitert wird oder die Zusatzversicherung wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

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

(1) Leistungen aus dieser Zusatzversicherung erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins.

(2) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Zusätzlich muss uns eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben.

(3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht.

(4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(5) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(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.

Kündigung der Zusatzversicherung

(2) Eine Todesfall-Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie zu jedem Beitragsfälligkeitstermin kündigen, eine beitragsfreie Todesfall-Zusatzversicherung zu jedem Monatsende.

Auszahlungsbetrag

(3) Wir zahlen nach Kündigung den

- Rückkaufswert (Absatz 4 und 6),
- vermindert um den Abzug (Absatz 5),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 7).

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

Abzug

(5) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 4 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt 60 €. Sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherung handelt, kommt zu diesem Abzug ein Betrag im Verhältnis zur jeweiligen Versicherungssumme der Todesfall-Zusatzversicherung hinzu; seine Höhe finden Sie im Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird; zudem werden damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

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

Überschussbeteiligung

(7) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, verzinslich angesammelten Überschussanteilen (§ 2 Abs. 3a), soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 bis 6 berechneten Betrag enthalten sind,
- dem Schlussüberschussanteil nach § 2 Abs. 3b und
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 2 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

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

Beitragsfreistellung

(9) Eine Todesfall-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der in den AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 4 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme der Todesfall-Zusatzversicherung auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 4),
- vermindert um den Abzug (Absatz 10).

Abzug

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

Hinweis

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

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

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

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

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

Die nach den in § 2 Absatz 1 bis 3 der Bedingungen für die Todesfall-Zusatzversicherung (TZVB) ermittelten, auf die Beitragszahlung angerechneten Überschussanteile werden auf der Grundlage des gesundheitsbewussten Verhaltens der versicherten Person erhöht oder vermindert. Das führt zu einer Verminderung bzw. Erhöhung des Zahlbeitrags. Die Festsetzung des garantierten Tarifbeitrags aufgrund des anfänglichen Gesundheitszustands und des gesundheitsbewussten Verhaltens in Form der Berücksichtigung des Rauchverhaltens gemäß den TZVB bleibt hiervon unberührt.

Zur Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens dient bis auf Weiteres der Generali Vitality Status der versicherten Person im Generali Vitality Programm der Generali Vitality GmbH. Zum jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns ist für die Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens und somit der davon abhängigen Höhe der Überschussanteile Ihrer Versicherung im jeweiligen neuen Versicherungsjahr der drei Monate vor dem jeweiligen Jahrestag erreichte Generali Vitality Status maßgeblich. Diesen meldet uns die Generali Vitality GmbH. Erstmals berücksichtigen wir für die weitere Bemessung des gesundheitsbewussten Verhaltens die Meldung des Generali Vitality Status zum zweiten Jahrestag des Versicherungsbeginns.

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

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

Sofern das Generali Vitality Programm während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags nicht mehr angeboten wird und wir dann auch kein anderes geeignetes Programm hierfür anbieten, können wir das gesundheitsbewusste Verhalten für die individuelle Bemessung der Überschussanteile nicht mehr berücksichtigen. Stattdessen werden wir Ihrer Zusatzversicherung einen angemessenen, verhaltensunabhängigen Überschussanteil zuteilen.

Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die Pflegerenten-Zusatzversicherung gelten die nachfolgenden „Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung“ (PZVB). 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 ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und was gilt bei Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung?	§ 2
Wann liegt ebenfalls Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor und wie erfolgt die Zuordnung zu den Pflegegraden?	§ 3
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?	§ 8
Wann setzen wir unsere Pflegefall-Leistungen herab oder stellen sie ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?	§ 9
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?	§ 10
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung für Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung?	§ 11
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 12
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 13
Können Sie Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P3 oder P4 in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer umtauschen?	§ 14
Welche sonstigen Leistungen können Sie auf Basis der Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 beanspruchen?	§ 15
Was gilt bei einer Änderung der gesetzlichen Bestimmungen für den Begriff der Pflegebedürftigkeit oder für die Ermittlung des Pflegegrades?	§ 16

Anhang zu den Bedingungen

Anhang der PZVB zu § 2 „Wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und was gilt bei Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung?“

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) ***Pflegerenten-Zusatzversicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer (Tarif P1)***

Wird die versicherte Person während der lebenslangen Dauer der Zusatzversicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Bedingungen mit Pflegegrad 2 oder höher, zahlen wir lebenslang eine monatliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Höhe der monatlichen Pflegerente folgt der prozentualen Leistungsstaffel des Absatz 2.

Zusätzlich übernehmen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegegrad 2 die laufende Beitragszahlung zu dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung – Beitragsbefreiung. Bei Pflegegrad 1 erfolgt keine Beitragsbefreiung.

Bei Tod der versicherten Person – gleichgültig, ob vor oder nach Eintritt eines Pflegefalls – wird aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P1 keine Leistung fällig.

Pflegerenten-Zusatzversicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer und eventueller Leistung bei Tod (Tarif P2)

Wird die versicherte Person während der lebenslangen Dauer der Zusatzversicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Bedingungen mit Pflegegrad 2 oder höher, zahlen wir lebenslang eine monatliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Höhe der monatlichen Pflegerente folgt der prozentualen Leistungsstaffel des Absatz 2.

Zusätzlich übernehmen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegegrad 2 die laufende Beitragszahlung zu dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung – Beitragsbefreiung. Bei Pflegegrad 1 erfolgt keine Beitragsbefreiung.

Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Pflegerenten-Zusatzversicherung, ohne dass sie bis zu ihrem Tod pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher wurde, so zahlen wir einen Kapitalbetrag. Dieser Kapitalbetrag entspricht der Summe der bis zum Tod der versicherten Person für die Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P2 gezahlten Beiträge. Stirbt die versicherte Person nach dem Zeitpunkt, zu dem sie erstmals pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher war, wird aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P2 keine Todesfallleistung fällig.

Pflegerenten-Zusatzversicherung mit abgekürzter Versicherungsdauer (Tarif P3)

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer der Zusatzversicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Bedingungen mit Pflegegrad 2 oder höher, zahlen wir lebenslang eine monatliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Höhe der monatlichen Pflegerente folgt der prozentualen Leistungsstaffel des Absatz 2.

Zusätzlich übernehmen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegegrad 2 die laufende Beitragszahlung zu dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung – Beitragsbefreiung. Bei Pflegegrad 1 erfolgt keine Beitragsbefreiung.

Bei Tod der versicherten Person – gleichgültig, ob vor oder nach Eintritt eines Pflegefalls – wird aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P3 keine Leistung fällig.

Unter den Regelungen des § 14 kann der Versicherungsnehmer die Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P3 ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer umtauschen.

Pflegerenten-Zusatzversicherung mit abgekürzter Versicherungsdauer und eventueller Leistung bei Tod (Tarif P4)

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer der Zusatzversicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Bedingungen mit Pflegegrad 2 oder höher, zahlen wir lebenslang eine monatliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Höhe der monatlichen Pflegerente folgt der prozentualen Leistungsstaffel des Absatz 2.

Zusätzlich übernehmen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegegrad 2 die laufende Beitragszahlung zu dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung – Beitragsbefreiung. Bei Pflegegrad 1 erfolgt keine Beitragsbefreiung.

Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Pflegerenten-Zusatzversicherung, ohne dass sie bis zu ihrem Tod pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher wurde, so zahlen wir einen Kapitalbetrag. Dieser Kapitalbetrag entspricht der Summe der bis zum Tod der versicherten Person für die Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P4 gezahlten Beiträge. Stirbt die versicherte Person nach dem Zeitpunkt, zu dem sie erstmals pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher war, wird aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P4 keine Todesfallleistung fällig.

Unter den Regelungen des § 14 kann der Versicherungsnehmer die Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P4 ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer umtauschen.

Pflegerenten-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung einer Hauptversicherung und eventueller anderer Zusatzversicherungen (Tarif P5)

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 2 oder § 3 dieser Bedingungen mit Pflegegrad 2 oder höher, entfällt während dieser Zeit die Beitragszahlungspflicht für den gesamten Versicherungsvertrag, zu dem die Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P5 eingeschlossen ist. Solange höchstens Pflegegrad 1 vorliegt, sind die vereinbarten Beiträge von Ihnen in voller Höhe zu zahlen.

(2) Prozentuale Leistungsstaffel bei den Tarifen P1, P2, P3 und P4

Die volle Höhe der vereinbarten Pflegerente zahlen wir bei Pflegegrad 5. Bei Pflegegrad 2, 3 oder 4 zahlen wir für den jeweiligen Pflegegrad – soweit vereinbart – eine anteilige Pflegerente. Bei Pflegegrad 1 zahlen wir keine Pflegerente.

Liegt Pflegebedürftigkeit sowohl gemäß § 2 als auch gemäß § 3 vor, zahlen wir jedoch nur die (ggf. höhere) Pflegerente, die sich entweder gemäß § 2 oder gemäß § 3 ergibt.

(3) Leistungsdynamik

Wenn Sie in Ihre Zusatzversicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 eine garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben, erhöhen sich die gezahlten Pflegerenten während einer Leistungsphase jedes Jahr um den vereinbarten festen Steigerungssatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zum ersten Versicherungsjahreswechsel*) nach Beginn unserer Leistungspflicht nach Eintritt des Pflegefalls (siehe § 4). Zu den folgenden Versicherungsjahreswechseln erfolgt die garantierte Erhöhung der monatlichen Pflegerenten aus der vereinbarten Leistungsdynamik zusammen mit der nicht garantierten jeweiligen Erhöhung der monatlichen Pflegerenten aus der Über-

*) Ein Versicherungsjahr umfasst den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Pflegerenten-Zusatzversicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns der Pflegerenten-Zusatzversicherung.

schussbeteiligung (siehe § 11 Abs. 4 b)). Bezugsgröße der Leistungsdynamik ist die jeweils erreichte garantierte Rente einschließlich der Rente aus der jeweils erreichten Überschussbeteiligung.

§ 2 Wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und was gilt bei Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung?

(1) Diese Pflegerenten-Zusatzversicherung ist Teil eines privaten Versicherungsvertrags. Für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung definieren §§ 14 und 15 mit Anlagen 1 und 2 Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) den Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Ermittlung der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5. Für diese private Pflegerenten-Zusatzversicherung vereinbaren wir die gleichen Definitionen. Maßgebend sind die Definitionen des SGB XI in der Fassung bei Abschluss dieser Pflegerenten-Versicherung (siehe Anhang der PZVB zu § 2).

(2) Einem Bescheid der Pflegekasse über Leistungen aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person auf der Grundlage der für diese Pflegerenten-Versicherung maßgeblichen Fassung des SGB XI (siehe Anhang der PZVB zu § 2) schließen wir uns an. Bei Vorlage des entsprechenden amtlichen Leistungsbescheides erkennen wir eine Leistung – soweit vereinbart – entsprechend Pflegegrad 2, 3, 4 bzw. 5 aus dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung an. Bei einer Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person bei Pflegegrad 1 wird jedoch aus dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung keine Leistung fällig (siehe § 1 AVB).

(3) Wenn für die versicherte Person kein Versicherungsschutz der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung besteht oder wenn sich der Begriff der Pflegebedürftigkeit oder die Ermittlung des Pflegegrades nach den gesetzlichen Regelungen zwischenzeitlich geändert haben, bleibt gleichwohl unsere Leistungspflicht aus dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung bestehen. Maßgeblich bleiben die Regelungen der §§ 14, 15 mit Anlagen 1 und 2 SGB XI in der Fassung bei Abschluss dieser Pflegerenten-Versicherung (siehe Anhang der PZVB zu § 2). Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und ihr Ausmaß sind ärztlich oder durch andere von uns anerkannte Fachleute nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer bestehen, voraussichtlich für mindesten sechs Monate, oder bereits sechs Monate bestanden haben.

§ 3 Wann liegt ebenfalls Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor und wie erfolgt die Zuordnung zu den Pflegegraden?

(1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 2 a) bis f) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf, oder wenn ihre kognitiven Fähigkeiten wie in Absatz 2 g) bis i) beschrieben nicht mehr vorhanden sind. Dabei muss mindestens die in Absatz 3 genannte Anzahl von Punkten erreicht werden. Die Pflegebedürftigkeit und ihr Ausmaß sind ärztlich oder von anderen von uns anerkannten Fachleuten nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer bestehen, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, oder bereits sechs Monate bestanden haben.

(2) Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Pflegebedürftigkeit liegt ebenfalls im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor, wenn die versicherte Person Hilfe benötigt beim

a) Fortbewegen = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und ihr das Treppensteigen nicht oder nur mit Stützen oder durch Festhalten möglich ist.

b) Aufstehen und Positionswechsel = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Krücke oder eines speziellen Griffes – nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen, sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. Ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

c) An- und Auskleiden = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhlöffel oder Knöpfhilfe – sich nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Mit dem Reichen der Kleidung und der Kontrolle des Sitzes der Kleidung allein ist der Punkt noch nicht erreicht.

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nur mit Hilfe einer anderen Person bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen und bereitstehende Getränke aufnehmen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.

e) Waschen = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder Wannenlift – sich nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die versicherte Person beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, fällt nicht unter diesen Punkt.

f) Verrichten der Notdurft = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie spezieller Griffe oder einer Toilette mit Duschfunktion – nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann

oder

- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann.

Besteht eine Inkontinenz der Blase bzw. des Darms, ist der Punkt erreicht, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter und Stomabeutel verwenden kann.

g) Kommunizieren = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt

- die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen

oder

- die versicherte Person
  - äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse und
  - antwortet auf Ansprache/Fragen lediglich mit wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab und
  - zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, z. B. bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon bedienen/halten, Brief- oder E-Mail-Kontakt).

h) Denkvermögen = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person sich ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist, das heißt

- die versicherte Person benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern
  - beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst, und
  - beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitäten

oder

- die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,
  - Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern und
  - sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurecht zu finden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen und
  - sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) zu erkennen und
  - einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen zu verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

i) Umgang mit Emotionen = 1 Punkt

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt

oder

- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) ablehnt

oder

- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet, d. h. sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und hat starke Ängste oder Sorgen,

oder

- antriebslos und schwer depressiv ist, d. h. sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig und/oder apathisch.

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

Pflegegrad 1: 3 Punkte, jedoch nicht alle 3 Punkte der Kriterien g, h und i aus Absatz 2

Pflegegrad 2: 4 bis 6 Punkte oder alle 3 Punkte der Kriterien g, h und i aus Absatz 2

Pflegegrad 3: 7 Punkte

Pflegegrad 4: 8 Punkte

Pflegegrad 5: 9 Punkte

Werden weniger als 3 Punkte erreicht, liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.

(4) Vorübergehende Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen führen ebenfalls zu keiner veränderten Bewertung. Maßgebend ist der Begriff „auf Dauer“ gemäß Absatz 1.

§ 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 und auf die Beitragsbefreiung gemäß § 1 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 ihrem Eintritt in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Pflegerenten und die Beitragsbefreiung 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 unsere Leistungspflicht müssen Sie die vereinbarten laufenden Beiträge in voller Höhe weiter zahlen. Wir werden alle Beiträge für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Beitragsbefreiung wegen Pflegebedürftigkeit bestanden hat, zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die Nachzahlung der gestundeten Beiträge in Raten mit Ihnen vereinbaren. Die Nachzahlung kann dabei über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen.

(4) Der Anspruch auf eine Erhöhung der Pflegerente wegen eines höheren Pflegegrades entsteht grundsätzlich mit Beginn des Monats, der auf die Feststellung des höheren Pflegegrades folgt. Absatz 2 gilt entsprechend.

(5) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit erlischt spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß von Pflegegrad 2 sinkt oder die versicherte Person stirbt.

(6) Bei den Tarifen P2 und P4 erlischt der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Tod, sobald die versicherte Person erstmals pflegebedürftig mit Pflegegrad 2 oder höher ist.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Pflegebedürftigkeit beruht.

(2) Es besteht kein Versicherungsschutz, 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. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Pflegebedürftigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

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; fahrlässig und grob fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeiten sind von diesem Ausschluss nicht betroffen. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Pflegebedürftigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr verursacht wurde;

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, und der Einsatz zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

(1) Wird aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung eine Leistung wegen Pflegebedürftigkeit beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Anspruchserhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

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 sowie Berichte und Unterlagen

- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

(3) Wird eine Erhöhung der Pflegerente wegen eines höheren Pflegegrades verlangt, gelten die Absätze 1 und 2 sinngemäß.

(4) Grundsätzlich verlangen wir nicht, dass die versicherte Person ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt auch für operative Maßnahmen, die das Leiden heilen oder mindern. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person jedoch folgen. Dies gilt für

- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.
- Heilbehandlungen, wenn sie
  - gefahrlos sind,
  - nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
  - eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person dadurch verbessert.

(5) Vor jeder Rentenzahlung und bevor wir bei Kündigung einen eventuellen Auszahlungsbetrag gemäß § 12 Abs. 4 erbringen, können wir ein Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

(6) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen.

(7) Wird bei einer Zusatzversicherung nach Tarif P2 oder P4 bei Tod der versicherten Person eine Leistung beansprucht, muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort der versicherten Person vorgelegt werden. Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht. § 10 gilt entsprechend.

§ 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 (z. B. Papierform oder E-Mail), 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 vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

§ 8 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.

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

(1) Hat sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit gemindert, setzen wir unsere Leistung entsprechend der für den neuen Pflegegrad vereinbarten Leistung herab. Wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß des Pflegegrades 2 sinkt, stellen wir die Zahlung einer Pflegerente ein. Gleichzeitig müssen Sie die laufenden Beiträge wieder zahlen, sofern der vereinbarte Ablauf der Beitragszahlungsdauer noch nicht erreicht ist. Wenn wir unsere Leistung mindern oder einstellen und Sie wieder die laufenden Beiträge zahlen müssen, legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Minderung oder Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Minderung bzw. Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam.

(2) Sie sind verpflichtet, uns eine Änderung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 oder § 3 und eine Minderung ihres Umfangs unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitzuteilen.

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

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

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung für Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung?

(1) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie wir Ihre Zusatzversicherung an dem Überschuss beteiligen (Absatz 3),
- wie wir die Überschussanteile ermitteln und verwenden (Absätze 4 und 5)
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrer Zusatzversicherung zuordnen (Absatz 6),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihrer Zusatzversicherung nicht garantieren können (Absatz 7) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Absätze 8 und 9).

(2) Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihrer Zusatzversicherung am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben jeweils gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risiko-Lebensversicherungen, Pflegerenten-Versicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

(3) Wie wird Ihre Zusatzversicherung an dem Überschuss beteiligt?

Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an, zu der sie eingeschlossen ist. Zu welcher Bestandsgruppe und

zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihr Vertrag gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Wie werden die Überschussanteile Ihrer Zusatzversicherung ermittelt und verwendet?

(4) a) Bonusrente bei Pflegerenten-Zusatzversicherungen nach Tarif P1, P2, P3 und P4

Sofern eine Pflegerente gezahlt wird, leisten wir eine Bonusrente aus der Überschussbeteiligung. In diesem Fall werden darüber hinaus jährliche Überschussanteile fällig (Absatz 4b). Die Bonusrente wird in Prozent der jeweils versicherten Pflegerente in Pflegegrad 2, 3, 4 bzw. 5 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 erstmaligem Beginn der Leistungspflicht festgelegten 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 nach einem dann von uns im Neugeschäft angebotenen Tarif derart nachzuversichern, dass die Pflegerente einschließlich Bonusrente möglichst die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

b) Rentenerhöhungen bei Pflegerenten-Zusatzversicherungen nach Tarif P1, P2, P3 und P4

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

c) Schluss-Überschussanteil bei Pflegerenten-Zusatzversicherungen nach Tarif P5

Bei einer Zusatzversicherung nach Tarif P5 kann bei Ablauf ihrer Versicherungsdauer sowie ggf. bei ihrer vorzeitigen Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegten Versicherungsjahre, in denen keine Leistung aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P5 erbracht wurde, im Verhältnis zu dem auf diese Zusatzversicherung entfallenden Beitrag eines Jahres bemessen. Für die zurückgelegten Versicherungsjahre, in denen die Leistung (Beitragsbefreiung) aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P5 erbracht wurde, kann ein Schluss-Überschussanteil im Verhältnis zum jährlichen Beitrag der von der Beitragsbefreiung umfassten übrigen Versicherung 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 der Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P5 mit 7,5 % p. a. diskontiert.

(5) Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird, und setzt die entsprechenden Überschussanteil-Sätze für die Bonusrente, die Rentenerhöhungen und den Schluss-Überschussanteil fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihre Zusatzversicherung erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

(6) Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrer Zusatzversicherung zu?

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da vor Eintritt eines Pflegefalls allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, können Bewertungsreserven nur in geringem Umfang entstehen. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an, das wir in unserem Geschäftsbericht beschreiben.

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

(7) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind dabei insbesondere die Entwicklung des Pflegefallrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

(8) Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite www.generali.de.

(9) Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich, sofern sich ihre Höhe ändert. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihrer Zusatzversicherung.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Der Zinssatz für die Berechnung der Deckungsrückstellung beträgt für die gesamte Laufzeit des Vertrags jährlich garantiert 0,9 % (Rechnungszins).

§ 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. Eine Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 kann ohne die Hauptversicherung grundsätzlich nur beitragsfrei fortgesetzt werden. Das setzt voraus, dass die beitragsfrei bei Pflegegrad 5 versicherte Rente monatlich mindestens 25 € beträgt. Nach Beendigung der Beitragszahlung für die Hauptversicherung ist eine beitragspflichtige Fortsetzung einer Pflegerenten-Zusatzversicherung nach einem dieser Tarife nur möglich, wenn die Hauptversicherung eine Rentenversicherung (zur Versicherung einer Altersrente) ist und die Beitragszahlung für diese Rentenversicherung in ihrer Verfügungsphase beendet wurde, um eine vorgezogene Rente oder deren Kapitalabfindung zu beziehen. Eine Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P5 kann nur bestehen, solange die Hauptversicherung beitragspflichtig besteht.

(2) Ansprüche aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(3) Kündigung der Zusatzversicherung

Solange die versicherte Person lebt und sofern wir keine Leistung aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung erbringen, können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – die Pflegerenten-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) kündigen. Sie können Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 auch teilweise kündigen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Pflegerente bei Pflegegrad 5 monatlich mindestens 25 € (beitragspflichtige Mindestrente) beträgt. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(4) Bei Kündigung zur Verfügung stehender Betrag und Auszahlungsbetrag

Sofern wir keine Leistung aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung erbringen und die versicherte Person an dem Termin, zu dem die Kündigung wirksam wird, noch lebt, steht bei Kündigung folgender Betrag zur Verfügung:

- der Rückkaufswert (Absatz 5 und 7),
- vermindert um den Abzug (Absatz 6),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 8).

Beitragsrückstände werden von dem zur Verfügung stehenden Betrag abgezogen.

- Tarif P1 und Tarif P3:

  Bei Kündigung bilden wir aus dem zur Verfügung stehenden Betrag eine beitragsfreie Pflegerenten-Zusatzversicherung mit der gleichen prozentualen Leistungsstaffel (siehe § 1 Abs. 2) wie zuvor vereinbart und – sofern auch zuvor schon vereinbart – einer Leistungsdynamik (siehe § 1 Abs. 3). Die aus dem bei Kündigung zur Verfügung stehenden Betrag ermittelte beitragsfreie Pflegerente muss bei Pflegegrad 5 die monatliche Mindestrente von 25 € erreichen. Wird die Mindestrente nicht erreicht, zahlen wir den bei Kündigung zur Verfügung stehenden Betrag vollständig aus. Damit wird die Pflegerenten-Zusatzversicherung beendet, und es bleibt keine beitragsfreie Pflegerenten-Zusatzversicherung bestehen.

- Tarif P2 und Tarif P4:

  Bei Kündigung zahlen wir den zur Verfügung stehenden Betrag bis zur Höhe der zu diesem Zeitpunkt bei Tod der versicherten Person fälligen Versicherungsleistung aus dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung aus. Damit wird die Pflegerenten-Zusatzversicherung beendet. Wenn der bei Kündigung zur Verfügung stehende Betrag die zu diesem Zeitpunkt bei Tod der versicherten Person aus dieser Zusatzversicherung fällige Versicherungsleistung übersteigt, bilden wir aus dem übersteigenden Teil eine beitragsfeie Pflegerenten-Zusatzversicherung – ohne eine Versicherungsleistung bei Tod – wie bei Tarif P1 und Tarif P3. In diesem Fall endet die Pflegerenten-Zusatzversicherung zu diesem Zeitpunkt nicht.

- Tarif P5:

  Bei Kündigung zahlen wir den zur Verfügung stehenden Betrag aus.

(5) Rückkaufswert

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

(6) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – einen Abzug von dem gemäß Absatz 5 ermittelten Wert. Die Höhe des Abzugs bemisst sich nach der Höhe der versicherten Pflegeleistung bei Pflegegrad 5. Sie finden die Höhe des Abzugs in der Anlage zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen werden. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

(7) Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

Wir sind nach § 169 Abs. 6 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den nach Absatz 5 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

(8) Überschussbeteiligung

Wenn die Pflegerenten-Zusatzversicherung mit der Kündigung beendet wird, besteht die Überschussbeteiligung

***) Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten versicherten Pflegerente basiert auf den Rechnungsgrundlagen für die Pflegerenten-Versicherung der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2008 P unter Berücksichtigung der Auswirkungen der sog. Pflegereform 2016/2017. Wegen der gesetzlichen Anforderung, Beiträge und Leistungen unabhängig vom Geschlecht zu berechnen, werden diese Rechnungsgrundlagen – ausgehend von einem Verhältnis 41 % Männer und 59 % Frauen – zu einer „mittleren" Pflegefallwahrscheinlichkeit gewichtet.

für die Ermittlung des zur Verfügung stehenden Betrags nach Absatz 4 aus

- dem Schluss-Überschussanteil nach § 11 Abs. 4c) bei einer Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P5 und
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag nach § 11 Abs. 6 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

(9) Hinweis

Wenn Sie Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Pflegerenten-Zusatzversicherung ist insbesondere wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe entsprechenden Paragrafen in den AVB für die Hauptversicherung) gemessen an den gezahlten Beiträgen nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Da die für die Pflegerenten-Zusatzversicherung gezahlten Beiträge im Übrigen zur Deckung des versicherten Pflegefallrisikos und der Kosten für die Verwaltung benötigt werden, sind auch in den Folgejahren gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(10) Kündigung und Pflegebedürftigkeit

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig, bleiben Ansprüche aus der Zusatzversicherung aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Pflegebedürftigkeit unberührt.

(11) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(12) Umwandlung in eine beitragsfreie Zusatzversicherung

Eine Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Pflegerente auf eine beitragsfreie Pflegerente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode
- unter Zugrundelegung des um den Abzug nach Absatz 13 verminderten Rückkaufswertes nach Absatz 5

Die beitragsfreie Pflegerenten-Zusatzversicherung hat die gleiche prozentuale Leistungsstaffel (siehe § 1 Abs. 2) wie zuvor und – sofern auch schon zuvor vereinbart – eine garantierte Leistungsdynamik (siehe § 1 Abs. 3). Bei einer Zusatzversicherung nach Tarif P2 oder P4 entspricht die bei Tod der versicherten Person fällige Leistung nach der Beitragsfreistellung der Summe der bis zur Beitragsfreistellung gezahlten Beiträge für die Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P2 bzw. P4.

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

Wenn Sie eine Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P5 nicht beitragspflichtig fortsetzen wollen, wird sie beendet. Den hierfür entsprechend Absatz 4 ermittelten verfügbaren Betrag zahlen wir – gegebenenfalls vermindert um rückständige Beiträge – aus, sofern die Hauptversicherung beitragspflichtig fortgeführt wird. Andernfalls verwenden wir ihn zur Erhöhung der Leistungen des beitragsfreien Versicherungsvertrags.

(13) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 12 für die Bildung der beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung stehenden Betrag. Der Abzug wird nach der Höhe der bislang vereinbarten Pflegerente bei Pflegegrad 5 bemessen. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweise

(14) Wenn Sie Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In ihrer Anfangszeit ist insbesondere wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe entsprechenden Paragrafen in den AVB für die Hauptversicherung) nur der Mindestwert gemäß Absatz 5 für die Bildung der beitragsfreien Versicherung vorhanden. Da die gezahlten Beiträge im Übrigen zur Deckung des versicherten Pflegefallrisikos und der Kosten für die Verwaltung benötigt werden, stehen auch in den Folgejahren gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Mittel zur Bildung einer beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Pflegerente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(15) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung pflegebedürftig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung aufgrund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Pflegebedürftigkeit unberührt.

(16) Mindestbetrag für die beitragsfreie Pflegerente

Eine beitragsfreie Fortführung der Pflegerenten-Zusatzversicherung gemäß Absatz 12 zusammen mit der Hauptversicherung ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Anderenfalls wird der wie in Absatz 12 in Verbindung mit Absatz 13 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet und die Pflegerenten-Zusatzversicherung erlischt. Eine beitragsfreie Fortführung der Pflegerenten-Zusatzversicherung bei weiterhin beitragspflichtiger Hauptversicherung ist nur möglich, wenn die beitragsfreie Pflegerente bei Pflegegrad 5 die monatliche Mindestrente von 25 € erreicht. Andernfalls zahlen wir den um den Abzug nach Absatz 13 verminderten Rückkaufswert nach Absatz 5 aus.

(17) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3 bis 16 entsprechend.

(18) Ansprüche aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung 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) Der Versicherungsschutz aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung gilt weltweit.

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

§ 14 Können Sie Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P3 oder P4 in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer umtauschen?

(1) Sie haben unter den im folgenden Absatz 2 genannten Voraussetzungen das Recht (die Umtauschoption), Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P3 oder P4 ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Pflegerentenabsicherung mit lebenslanger Versicherungsdauer auf das Leben derselben versicherten Person bei unserer Gesellschaft umzutauschen. Wenn Sie dieses Recht (die Umtauschoption) ausüben, schließen wir mit Ihnen einen neuen Versicherungsvertrag nach einem Tarif, den wir dann im Neugeschäft anbieten. Die bisherige Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P3 bzw. P4 endet gleichzeitig. Einen Betrag in Höhe des eventuell verfügbaren Betrags bei Kündigung der bisherigen Pflegerenten-Zusatzversicherung gemäß § 12 Abs. 4 verrechnen wir mit dem oder den ersten fälligen Beiträgen des neuen Versicherungsvertrags.

(2) Die Umtauschoption steht unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist zum Umtauschzeitpunkt nicht pflegebedürftig. Es wurden bis dahin auch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person beantragt.
- Zum Umtauschzeitpunkt dürfen die Versicherungsleistungen des neuen Versicherungsvertrags – einschließlich der bei dessen Beginn maßgebenden Höhe der Leistung aus der Überschussbeteiligung – in keinem Pflegegrad höher als die der bisherigen Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P3 bzw. P4 einschließlich der Leistungen aus der Überschussbeteiligung sein. Insbesondere dürfen im neuen Versicherungsvertrag keine Risiken versichert werden, die im bisherigen nicht versichert waren.
- Für den neuen Versicherungsvertrag gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung.

§ 15 Welche sonstigen Leistungen können Sie auf Basis der Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 beanspruchen?

(1) Aus Ihrer Pflegerenten-Zusatzversicherung nach Tarif P1, P2, P3 oder P4 haben die versicherte Person und deren Angehörige bis auf Weiteres die Möglichkeit, die in Absatz 2 genannten Beratungs-, Organisations- und Unterstützungsleistungen für die versicherte Person in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person eine anerkannte oder zumindest ärztlich vermutete Pflegebedürftigkeit vorliegt. Das ist uns gegebenenfalls nachzuweisen. Diese sonstigen Leistungen erbringen wir über einen externen Dienstleister, solange wir mit ihm eine entsprechende Kooperationsvereinbarung haben. Sollte sich während der Laufzeit Ihrer Zusatzversicherung das Leistungsangebot des Dienstleisters ändern, kann es zu Einschränkungen bei den Leistungsinhalten gegenüber den in Absatz 2 beschriebenen bis hin zum Entfallen dieser Leistungen kommen. Einen aktuellen Leistungskatalog sowie die notwendigen Kontaktinformationen finden Sie auf unserer Website www.generali.de.

(2) Bis auf Weiteres stehen innerhalb Deutschlands folgende Leistungen zur Verfügung:

- Gesundheitstelefon zu Fragen Ihrer Pflegeabsicherung

  Anrufer erhalten Informationen zu Fragen aus allen medizinischen Fachgebieten in Zusammenhang mit der vorliegenden oder ärztlich vermuteten Pflegebedürftigkeit, insbesondere laienverständliche Informationen zu Krankheitsbildern. Auf Wunsch erhält der Anrufer Hilfe bei der Suche nach medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern. Auch zu Wirkstoffen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln kann der Anrufer Auskunft erhalten.

- Pflegescout

  Im Rahmen des Pflegescouts kann der Anrufer Auskunft zum Begutachtungsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch, zu Betreuungsleistungen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, zu Vollmachten, Betreuung, Patientenverfügung, eine Demenzberatung und sonstige mit dem Pflegefall in Zusammenhang stehende Fragestellungen erhalten. Eine Diskussion über bereits erhaltene Gutachten sowie die Bearbeitung von Einsprüchen erfolgt jedoch nicht.

- Organisation von haushaltsnahen Dienstleistungen

  Für die versicherte Person können haushaltsnahe Dienstleistungen vermittelt werden. Dazu zählen ein Menüservice für die tägliche Hauptmahlzeit, ein Einkaufsdienst, die Versorgung der Wäsche und die Reinigung der Wohnung. Ein Leistungsanspruch besteht ab dem Tag der Antragstellung für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit bei der Pflegekasse. Im Zweifel dürfen wir bzw. unser Dienstleister eine Beurteilung durch einen von uns benannten Pflegegutachter verlangen. Der Anspruch endet, wenn die Pflegekasse einen Antrag auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit ablehnt.

- Organisation eines Pflegeheimplatzes

  Auf Wunsch wird für die versicherte Person möglichst im nahen Umkreis des gewünschten Orts innerhalb Deutschlands ein Pflegeheimplatz grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden ab Eingang der Anfrage auf einen Pflegeheimplatz benannt. Dabei werden bis zu drei freie Pflegeheimplätze vorgestellt. Die Vermittlung erfolgt von Montag bis Freitag außer an Feiertagen.

(3) Für die Erbringung der in Absatz 1 und 2 genannten Beratungs-, Organisations- und Unterstützungsleistungen erheben wir kein zusätzliches Entgelt. Allerdings sind gegebenenfalls erhobene Entgelte oder Sachkosten der vermittelten bzw. organisierten Dienste von Ihnen zu tragen; ein Anspruch auf Kostenübernahme gegen uns oder den von uns beauftragten Dienstleister besteht nicht. Ebenfalls besteht kein Anspruch auf Haftung für etwaige Schäden, die durch einen von ihm vermittelten bzw. organisierten weiteren Dienstleister verursacht werden.

§ 16 Was gilt bei einer Änderung der gesetzlichen Bestimmungen für den Begriff der Pflegebedürftigkeit oder für die Ermittlung des Pflegegrades?

(1) Für den Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Ermittlung des Pflegegrads nach § 2 sind die gesetzlichen Vorschriften der § 14, 15 SGB XI und der Anlagen 1, 2 zu § 15 SGB XI, jeweils, gültig zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses dieser Zusatzversicherung, maßgeblich (siehe Anhang der PZVB zu § 2). Wenn sich der Begriff der Pflegebedürftigkeit oder die Ermittlung des Pflegegrads nach den gesetzlichen Vorschriften gegenüber dem genannten Gesetzestand ändert, haben Sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen die Möglichkeit, die bestehende Zusatzversicherung bei uns in einen neuen Vertrag mit einer Pflegeabsicherung umzutauschen, der diese Änderungen berücksichtigt. Eine erneute Risikoprüfung nehmen wir in diesem Fall nicht vor.

(2) Für einen Umtausch des Vertrags gemäß Absatz 1 gelten die folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person darf zum Zeitpunkt des Umtauschs weder im Sinne der bisherigen Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen Pflegeabsicherung pflegebedürftig sein.
- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Umtauschs keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeabsicherung und hat auch keinen Antrag auf solche Leistungen gestellt.
- Wir bieten für Neuabschlüsse zur Pflegeabsicherung einen Tarif an, der die Änderung der gesetzlichen Vorschriften für den Begriff der Pflegebedürftigkeit oder die Ermittlung des Pflegegrads berücksichtigt und für dessen Kalkulation wir deswegen eine vom bisherigen Tarif abweichende Pflegetafel verwenden.
- Der Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit verlängert und erhöht sich im Zuge des Umtauschs nicht.
- Ihre Mitteilung mit dem Wunsch auf Umtausch muss uns spätestens 18 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zugehen, das eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften für den Begriff der Pflegebedürftigkeit oder die Ermittlung des Pflegegrads der Pflegebedürftigkeit vorsieht.

Wenn eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt ist, ist kein wirksamer Umtausch möglich.

(3) Den Beitrag bzw. die Leistungen für die nach Umtausch neue Pflegeabsicherung werden wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu ermitteln. Dabei kann sich der Beitrag gegenüber dem bisherigen erhöhen und/oder versicherte Leistungen können niedriger als bisher ausfallen. Die Rechnungsgrundlagen sowie die weiteren Kriterien zur Definition der Pflegebedürftigkeit können sich von denjenigen Ihres bisherigen Vertrags unterscheiden. Auf Wunsch werden wir Sie über die konkreten Auswirkungen informieren.

Anhang der PZVB zu § 2 „Wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und was gilt bei Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung?“

Auszug aus Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) in der Fassung bei Abschluss dieser Pflegerenten-Zusatzversicherung

Diese Gesetzesfassung ist für den Begriff der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und die Ermittlung des Pflegegrads nach § 2 PZVB maßgebend. Das gilt auch bei Änderungen der Gesetzesfassung bis zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 (zu § 15 SGB XI)
Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität
Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten
Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung
Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12
Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet. Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K
Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimaltäglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K
Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben. Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
60	und mehr		6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15 SGB XI)
Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	**10 %**	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	**15 %**	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4 Selbstversorgung	**40 %**	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	**20 %**	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	**15 %**	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

Bedingungen für Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was bedeutet die Option?

(1) Sie haben das Recht, zu dem im Versicherungsschein genannten Termin (Optionstermin) für die versicherte Person eine Pflegerentenversicherung bis zu der im Versicherungsschein genannten Rentenhöhe (Pflegerentenanwartschaft) gegen Einmalbeitrag abzuschließen. Zu deren Abschluss prüfen wir nicht erneut den Gesundheitszustand der versicherten Person. Für die Pflegerentenversicherung legen wir vielmehr die Erkenntnisse aus der Gesundheitsprüfung vor Abschluss dieser Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung zugrunde.

(2) Eine Kapital- oder Rentenzahlung aus dieser Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung wird zu keinem Zeitpunkt fällig, auch dann nicht, wenn Sie die Option nicht ausüben oder die Pflegerentenoptions-Versicherung kündigen.

§ 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, in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) 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?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.

b) Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Pflegefallrisiko niedriger sind und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifkalkulation zugrunde gelegt.

c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung des Risikos. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

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

(2) Zuordnung Ihres Vertrags

Die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versiche-

rung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

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

b) Verzinsliche Ansammlung

Versicherungen gegen Einmalbeitrag sowie Versicherungen, deren Beitragszahlungsdauer planmäßig abgelaufen ist, erhalten ebenfalls laufende Überschussanteile. Sie werden dann nach dem früheren Beitrag bzw. dem Einmalbeitrag und der früheren Beitragszahlungsweise bemessen und am Ende eines jeden Versicherungsjahres zugeteilt. Die Überschussanteile in der planmäßig beitragsfreien Zeit werden verzinslich angesammelt. 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- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wird bei Eintritt von Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit die Überschussverwendungsart der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung während der Beitragsbefreiung wegen Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit von der Beitragsanrechnung auf verzinsliche Ansammlung umgestellt.

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

(4) Bewertungsreserven

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

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

Kündigung der Zusatzversicherung

(2) Eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragrafen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.

(3) Bei einer Kündigung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung erhalten Sie für die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern die Kündigung nicht innerhalb der letzten fünf Jahre vor Ablauf der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung erfolgt.

(4) Kündigen Sie die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung innerhalb der letzten fünf Jahre vor ihrem Ablauf oder ohne die Hauptversicherung, führt dies zur beitragsfreien Fortsetzung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf Abschluss einer reduzierten Pflegerentenanwartschaft ohne Gesundheitsprüfung gemäß Absatz 10 bis 12.

Auszahlungsbetrag

(5) Wir zahlen nach Kündigung unter den Voraussetzungen von Absatz 3 den

- Rückkaufswert (Absatz 6),
- vermindert um den Abzug (Absatz 7),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 8).

Rückkaufswert

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

Abzug

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

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

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

Überschussbeteiligung

(8) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 5 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, nach § 4 Abs. 3b verzinslich angesammelten Überschussanteilen, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 6 bis 7 berechneten Betrag enthalten sind,
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 4 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

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

Beitragsfreistellung

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

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 6),
- vermindert um den Abzug (Absatz 11).

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

Abzug

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

Hinweis

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

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

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

Ergänzung zu den

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

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit vor?

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

1.1 Beamter auf Lebenszeit

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

1.2 Beamter auf Probe

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

1.3 Beamter auf Widerruf

Bei Beamten auf Widerruf ist eine Dienstunfähigkeit und somit eine Versetzung in den Ruhestand gesetzlich nicht vorgesehen. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Ansprucherhebenden nachzuweisen ist. Nach der Verbeamtung auf Lebenszeit prüfen wir im Leistungsfall, ob die Kriterien für die Dienstunfähigkeit für einen Beamten auf Lebenszeit nach Nr. 1.1 erfüllt sind.

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

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

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

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

a) eine beglaubigte Abschrift des Bescheids über die Versetzung in den Ruhestand,

b) das Zeugnis des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes.

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

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

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

dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Ansprucherhebenden nachzuweisen ist.

b) Unsere Leistungen stellen wir ebenfalls ein, wenn die versicherte Person – auch bei bestehender Dienstunfähigkeit – eine andere, ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu mehr als 50 % in der Lage ist. Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ist uns unverzüglich mitzuteilen.

c) Wir sind berechtigt, nach einem Jahr nach Anerkennung unserer Leistungspflicht das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen nachzuweisen, dass die Dienstunfähigkeit der versicherten Person weiter besteht. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 3 beschrieben zu führen. Im Rahmen der Nachprüfung prüfen wir auch, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit gemäß Absatz b) ausübt.

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

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

6. Welche sonstigen Bestimmungen sind zu beachten?

(1) Soweit in dieser Sondervereinbarung nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auf den Versicherungsvertrag Anwendung. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass eine Berufsunfähigkeit unabhängig von einer Dienstunfähigkeit vorliegt.

(2) Zur besseren Lesbarkeit haben wir davon abgesehen, jeweils die weibliche und die männliche Form ausdrücklich zu verwenden. Wo „Beamter“ genannt wird, ist jeweils auch „Beamtin“ gemeint. Die Regelungen dieser Sondervereinbarung gelten für Richter bzw. Richterinnen entsprechend.

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

Ergänzung zu den

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

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit vor?

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

Dienstunfähigkeit des Soldaten auf Zeit

Der Soldat auf Zeit ist dienstunfähig,

- wenn er vor Ablauf der Zeit, für die er in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen ist, gemäß § 55 Absatz 2 Soldatengesetz (SG) ausschließlich wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit entlassen worden ist

oder

- wenn er trotz medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit wegen des innerhalb der nächsten sechs Monate bevorstehenden Ablaufs seiner Dienstzeit nicht nach § 55 Absatz 2 SG entlassen wird, so dass er nach § 54 Absatz 1 SG aus der Bundeswehr ausscheidet.

Dienstunfähigkeit des Berufssoldaten der Bundeswehr

Der Berufssoldat ist dienstunfähig,

- wenn er vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze nach § 44 Absatz 3 Soldatengesetz (SG) ausschließlich infolge seines Gesundheitszustands wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden ist

oder

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

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

Leistung bei Dienstunfähigkeit des Soldaten auf Zeit

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

Leistung bei Dienstunfähigkeit des Berufssoldaten der Bundeswehr

a) Versetzung in den Ruhestand

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

b) Entlassung

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

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

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

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

a) eine beglaubigte Abschrift des Bescheids über die Versetzung in den Ruhestand bzw. über die Entlassung,

b) Nachweise über Versorgungsbezüge nach dem Soldatenversorgungsgesetz,

c) das Zeugnis des Amts- oder Truppenarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes.

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

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

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

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

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

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

6. Welche sonstigen Bestimmungen sind zu beachten?

(1) Soweit in dieser Sondervereinbarung nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auf den Versicherungsvertrag Anwendung. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass eine Berufsunfähigkeit unabhängig von einer Dienstunfähigkeit vorliegt.

(2) Zur besseren Lesbarkeit haben wir davon abgesehen, jeweils die weibliche und die männliche Form ausdrücklich zu verwenden. Wo „Soldat“ genannt wird, ist jeweils auch „Soldatin“ gemeint.

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

Ergänzung zu den

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

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes vor?

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

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

2. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

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

3. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

a) Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 ist uns die Verfügung für das vollständige Tätigkeitsverbot und die Begründung hierfür im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie vorzulegen.

b) Sollte nach Vorlage der Unterlagen gemäß Ziffer 3 a) eine abschließende Entscheidung nicht möglich sein, behalten wir uns vor, ergänzende Informationen oder eine weitere Begutachtung der versicherten Person anzufordern.

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

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

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

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

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

6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung oder dieser Sondervereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähig-

keit durch Infektionen verursacht wird, die unmittelbar oder mittelbar auf einer Sucht oder auf Drogenmissbrauch beruhen. Hiervon unberührt bleiben die sonstigen Ausschlüsse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

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

Ergänzung zu den

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

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Fluguntauglichkeit vor?

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

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

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

3. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

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

4. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

a) Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 sind uns die Unterlagen zur ärztlichen Untersuchung mit dem Ergebnis der dauernden gesundheitlichen Bedenken gegen den Einsatz als Flugbegleiter(in) sowie eine Mitteilung des Arbeitgebers über die Beendigung der Tätigkeit im fliegerischen Dienst vorzulegen.

b) Sollte nach Vorlage der Unterlagen gemäß Ziffer 4 a) eine abschließende Entscheidung nicht möglich sein, behalten wir uns vor, ergänzende Informationen oder eine weitere Begutachtung der versicherten Person anzufordern.

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

a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne der Ziffer 1 sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die Wiedererlangung der Einsatzfähigkeit als Flugbegleiter(in) gemäß den Leitlinien der BGF für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung bei fliegendem Personal (Kabine) bzw. in Anlehnung an die Kriterien für Tauglichkeitsgrad III des Luftfahrtpersonals unverzüglich mitzuteilen. Mit der Wiedererlangung der Einsatzfähigkeit als Flugbegleiter(in) liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

b) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu ist die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen in Abständen von jeweils einem Jahr nachzuweisen, dass die dauernden gesundheitlichen Bedenken gegen einen Einsatz als Flugbegleiter(in) gemäß den Leitlinien der BGF für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung bei fliegendem Personal (Kabine) bzw. in Anlehnung an die Kriterien für Tauglichkeitsgrad III des Luftfahrtpersonals weiter bestehen. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 4 beschrieben zu führen. Im Rahmen der Nachprüfung prüfen wir insbesondere, ob die versicherte Person – auch bei dauernden gesundheitlichen Bedenken gegen den Einsatz als Flugbegleiter(in) – eine andere, ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu mehr als 50 % in der Lage ist.

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

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 4 oder 5 vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststel-

lung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

7. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung oder dieser Sondervereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wird durch Schwangerschaft oder durch Gesundheitsstörungen

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

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

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

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

Ergänzung zu den

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

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Fluguntauglichkeit vor?

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

2. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

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

3. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

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

a) das Gutachten der Deutschen Forschungs- und Versuchsanstalt für Luft- und Raumfahrt, Köln-Porz, oder der sonst für die amtliche fliegerärztliche Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland zuständigen Stelle,

b) die Verfügung der zuständigen Behörde, mit der die Erlaubnis entzogen oder deren Verlängerung abgelehnt wird.

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

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

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

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

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

6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung oder dieser Sondervereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wird durch Schwangerschaft oder durch Gesundheitsstörungen

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

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

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

Informationen für den Versicherungsnehmer zum VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN

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 Investmentfonds oder die goldgebundene Anlage, die Sie bei Ihrem Versicherungsvertrag wählen können? Nr. 8

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

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

Welche Laufzeit haben die einzelnen Komponenten? Nr. 11

Können Sie Komponenten vorzeitig beenden oder die Beitragszahlung vorzeitig einstellen? Nr. 12

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

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

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

Besondere Informationen

Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet und welche können zusätzlich entstehen? Nr. 16

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

Wie hoch sind der Rückkaufswert und die beitragsfreien Leistungen im Falle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung, und inwieweit sind diese Leistungen bei Vertragsabschluss garantiert? Nr. 18

Welche Investmentfonds stehen Ihnen für die fondsgebundene Vermögensanlage zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken? Was ist in dieser Hinsicht bei der Anlage im internen Fonds für die goldgebundene Anlage von Bedeutung? Nr. 19

Welche Steuerregelungen gelten allgemein für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN und für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen? Nr. 20

Allgemeine Informationen

1. Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Versicherer ist die Generali Deutschland Lebensversicherung AG mit Sitz in München, Amtsgericht München – HRB 257068.

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Antonio Cangeri

Vorstand: Christoph Schmallenbach (Vorsitzender), Helmut Gaul, Stefan Lehmann, Uli Rothaufe

Hausanschrift: Adenauerring 7, 81737 München

Internet: www.generali.de

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

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

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

3. Sind Ihre Versicherungsansprüche abgesichert?

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

4. Welche Bedingungen gelten für Ihr Versicherungsverhältnis?

Eine Übersicht über die für Ihr Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen finden Sie in der Anlage zum Antrag für einen VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN (nachfolgend „Antrag“ genannt). Hierzu gehören insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) einschließlich der Tarifbestimmungen. Alle Bedingungswerke, die wir für Sie auf einer CD gespeichert haben, werden Ihnen vor Antragstellung ausgehändigt. Die in den Versicherungsbedingungen verwendeten Begriffe der Berufsunfähigkeit sowie des Verlusts einer Grundfähigkeit oder des Eintritts einer schweren Krankheit stimmen 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. Sie stimmen auch nicht mit dem Begriff der Dienstunfähigkeit eines Beamten bzw. Richters oder der Dienstunfähigkeit eines Soldaten gemäß den jeweiligen entsprechenden gesetzlichen Regelungen überein. Sollen auch bei Dienstunfähigkeit eines Beamten bzw. Richters oder eines Soldaten Leistungen im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsabsicherung mitversichert werden, müssen die entsprechenden Zusatzbestimmungen vertraglich vereinbart werden.

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

Art und Fälligkeit unserer Versicherungsleistungen haben wir in den für Ihren Vertrag maßgebenden Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen und in den Tarifbestimmungen 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 unter welchen Voraussetzungen 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.

Soweit wir das Anlagevermögen der Komponente zum Vermögensaufbau gemäß der Vereinbarung mit Ihnen in Investmentfonds oder Gold angelegt haben, bieten wir Ihnen vor Rentenbeginn eine unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer besonderer Vermögen. Diese Vermögenswerte werden bei unserer Gesellschaft in einer oder mehreren gesonderten Abteilungen unseres Sicherungsvermögens getrennt vom sonstigen Sicherungsvermögen überwiegend in Wertpapieren (Fondsanteile) angelegt und in Anteileinheiten aufgeteilt. Haben Sie die goldgebundene Anlage gewählt, entspricht eine Anteileinheit am internen Fonds genau 1 g Gold. Der Fachbegriff für diese besonderen Vermögen lautet „Anlagestöcke”. Die auf Ihre Versicherung insgesamt entfallenden Anteileinheiten bilden das Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrags; vom Wert dieses Fondsguthabens und der ggf. auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Menge an Gold hängen die Versicherungsleistungen ab.

Für das fonds- oder goldgebundene Anlagevermögen tragen Sie das damit verbundene Anlagerisiko.

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

Auch die Wertentwicklung von Gold und damit auch die eines goldgebundenen Anlagevermögens ist nicht vorauszusehen. Daher können wir auch hier die Höhe der sich hieraus ergebenden Leistungen vor Beginn der Rentenzahlung nicht garantieren. Unsere Leistungen hängen von der Wertentwicklung des Goldes ab; bei einer guten Wertentwicklung von Gold werden unserer Leistungen höher sein als bei einer weniger guten Entwicklung.

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

6. Wie hoch ist der 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 Absicherungskomponenten oder die Hauptversicherung und evtl. eingeschlossene Zusatzversicherungen zu-

sammensetzt. In dem Fall, dass wir – bei den Komponenten zur Risikoabsicherung bzw. Zusatzversicherungen – Überschussanteile auf den tariflichen Beitrag anrechnen, geben wir darüber hinaus auch den anfänglich zu zahlenden, reduzierten Beitrag an. Zusätzliche Kosten entstehen beispielsweise, falls Sie bei Fälligkeit einer Kapitalzahlung anstelle einer Geldzahlung die Leistung in Wertpapieren der gewählten Investmentfonds oder die Lieferung von Goldbarren wünschen.

7. Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

Je nach Vereinbarung 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.

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

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

8. Welchen speziellen Risiken unterliegen die Investmentfonds oder die goldgebundene Anlage, die Sie bei Ihrem Versicherungsvertrag wählen können?

Soweit es sich beim Anlagevermögen um Fondsguthaben handelt, hängt die Höhe unserer Versicherungsleistungen der Komponente zum Vermögensaufbau wesentlich von der Entwicklung der von Ihnen gewählten Investmentfonds ab (siehe Nr. 5). Für die Zusammensetzung der in den Investmentfonds enthaltenen Vermögenswerte sind die jeweiligen Fondsgesellschaften verantwortlich; als Versicherer haben wir hierauf keinen Einfluss.

Soweit es sich beim Anlagevermögen um Anteile am Goldvermögen handelt, ist die Entwicklung des Goldpreises (siehe Nr. 5) maßgeblich für die Höhe unserer Versicherungsleistungen der Komponente zum Vermögensaufbau; als Versicherer haben wir hierauf keinen Einfluss.

Eine Übersicht aller zur Verfügung stehenden Investmentfonds und über die goldgebundene Anlage finden Sie im Dokument „Fondsspezifische Informationen für den Versicherungsnehmer“ (siehe Nr. 19). Dort beschreiben wir auch die Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken der Investmentfonds, und wir gehen auf die Risiken der goldgebundenen Anlage ein. Ferner finden Sie dort konkrete Angaben zur bisherigen Wertentwicklung der einzelnen Investmentfonds und des Goldpreises. Diese Daten erlauben allerdings keine Prognosen für die Zukunft.

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

Den Beginn der Versicherung sowie – bei der Komponente zum Vermögensaufbau – den vereinbarten Rentenbeginn finden Sie im Antrag.

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

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

Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrags

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

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

Annahmefrist für Ihren Antrag

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

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

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. durch Brief, Fax oder E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Sie die Versicherungsbedingungen, das Produktinformationsblatt, die vorliegenden Informationen für den Versicherungsnehmer, die Belehrung über das Widerrufsrecht und die Folgen eines Widerrufs im Antrag sowie den Versicherungsschein erhalten haben. Um die Frist zu wahren, genügt es, wenn Sie Ihren Widerruf rechtzeitig absenden. Der Widerruf ist zu richten an die Generali Deutschland 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 haben die einzelnen Komponenten?

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

Unabhängig von der Rentenversicherung besteht eine Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung solange fort, wie die mitversicherte Person lebt. Abweichend davon endet eine Pfle-

gerenten-(Zusatz-)Versicherung nach Tarif P3 und P4 spätestens bei Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, wenn bis dahin keine Pflegerentenleistung aus dem Vertrag fällig geworden ist; eine Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung nach Tarif P5 endet stets spätestens bei Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer. Eine Schwere-Krankheiten- und eine Todesfall-(Zusatz-)Versicherung enden mit Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalles, spätestens bei Ablauf der Versicherungsdauer für die betreffende Komponente bzw. Zusatzversicherung. Auch eine Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung endet bei Ablauf der Versicherungsdauer für diese Komponente bzw. Zusatzversicherung. Tritt hier der Leistungsfall ein, kann eine gegenüber der Versicherungsdauer verlängerte Leistungsdauer vereinbart sein. Eine mitversicherte Option zum Abschluss einer Pflegerenten-Versicherung ohne Gesundheitsprüfung endet zum vereinbarten Optionstermin. In jedem Fall endet eine Komponente zur Risikoabsicherung bzw. eine Zusatzversicherung mit dem Tod der versicherten Person. Alle Laufzeiten und Fristen zur Rentenversicherung und für die Komponenten zur Risikoabsicherung sowie zu eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen haben wir für Sie im Antrag dokumentiert.

12. Können Sie Komponenten vorzeitig beenden oder die Beitragszahlung vorzeitig einstellen?

Sie können jede Komponente – die Komponente zum Vermögensaufbau bzw. die Hauptversicherung einschl. evtl. Zusatzversicherungen jedoch nur vor dem Rentenbeginn – ganz oder teilweise kündigen; die maßgeblichen Termine hierzu finden Sie in dem zugehörigen Paragrafen der AVB bzw. der Tarifbestimmungen. Für den Fall einer teilweisen Kündigung nennen wir dort auch die Mindestbeträge, welche die verbleibenden Leistungen und Beiträge noch erreichen müssen. Die Komponenten „Schwere-Krankheiten-Versicherung“ und „Pflegerenten-Optionsversicherung“ dürfen jeweils nicht alleine bestehen bleiben, wenn andere Komponenten durch Kündigung beendet werden.

Anstelle einer Kündigung können Sie zum gleichen Zeitpunkt auch verlangen, dass wir Komponenten, sofern sie noch beitragspflichtig sind, in beitragsfreie umwandeln. Dadurch vermindert sich verständlicherweise der Versicherungsschutz. Voraussetzung für eine Beitragsfreistellung ist allerdings, dass die in dem zugehörigen Paragrafen der AVB bzw. Tarifbestimmungen genannten beitragsfreien Mindestleistungen nicht unterschritten werden.

Einzelheiten zur Kündigung oder Beitragsfreistellung einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung ergeben sich aus den zugehörigen Paragrafen der Bedingungen für die jeweilige Zusatzversicherung. Zusatzversicherungen bilden mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen sind, eine Einheit und können ohne die Hauptversicherung grundsätzlich nicht fortgesetzt werden. Hiervon ausgenommen ist eine eingeschlossene Zusatzversicherung zur Versicherung einer Pflegerente, wenn die Beitragszahlung der Hauptversicherung innerhalb der Verfügungsphase beendet wird.

Laufende lebenslange Teilrenten sowie Ansprüche aus einer Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung, die auf einem bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Komponente oder 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 für Sie mit Nachteilen verbunden sein können. 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 Paragrafen „Wo ist der Gerichtsstand?“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen können Sie entnehmen, welches Gericht jeweils zuständig ist, falls Sie oder wir eine Klage aus dem Versicherungsvertrag erheben.

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

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

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

Bei Fragen oder Beschwerden zu Ihrer Versicherung wenden Sie sich bitte an Ihren Vermögensberater. Er (oder sie) ist gerne bereit, Ihnen behilflich zu sein.

Und wenn Sie einmal mit uns nicht zufrieden sind?

Bitte melden Sie sich jederzeit mit Ihrem Anliegen oder Ihrer Beschwerde direkt bei Ihrer Kundenservice-Direktion. Die Adresse und Telefonnummer finden Sie in dem Begleitschreiben zu Ihrem Versicherungsschein. Darüber hinaus können Sie sich auch über unsere Internetseite an uns wenden:

www.generali.de/feedback

Sollte Ihr Problem auf diesem Wege nicht zu lösen sein, schreiben Sie bitte unserem Vorstand:

Vorstand der
Generali Deutschland Lebensversicherung AG,
Adenauerring 7,
81737 München

Wir sind sicher, dass wir gemeinsam mit Ihnen Ihr Anliegen oder Ihre Beschwerde klären werden.

Wenn Sie aber mit unserer Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie als unabhängigen und neutralen Schlichter den Versicherungsombudsmann ansprechen:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Weitere Kontaktwege und Informationen hierzu finden Sie auf www.versicherungsombudsmann.de.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige Schlichtungsstelle. Er überprüft neutral, schnell und unbürokratisch die Entscheidungen der Versicherer. Für Sie als Verbraucher arbeitet er kostenfrei.

Sie können Ihre Beschwerde auch an die

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

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

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

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

Besondere Informationen

16. Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet und welche können zusätzlich entstehen?

Die Abschlusskosten sowie die übrigen Kosten (Verwaltungskosten) haben wir bei der Kalkulation Ihres Tarifbeitrags bzw. des von Ihnen zu zahlenden Beitrags bereits berücksichtigt. Weitere Angaben, auch zu möglichen sonstigen Kosten, enthält Nr. 3 im Produktinformationsblatt, das Sie vor Antragsunterzeichnung erhalten.

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

Der Versicherungsschutz, den wir Ihnen für die gesamte Vertragslaufzeit zusagen, erfordert von uns eine vorsichtige Tarifkalkulation. Wir müssen insbesondere für eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und für Kostensteigerungen ausreichend Vorsorge treffen. Unsere vorsichtigen Annahmen hierzu führen zu Überschüssen, an denen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer beteiligen. Dies gilt auch für die Erträge, die wir aus den Kapitalanlagen erzielen. Charakteristisch für die Rentenversicherung nach Tarif VAN sind zudem die langfristigen Garantien, die wir Ihnen vor allem zu den lebenslangen Rentenzahlungen geben. Da wir in diesem Fall für das nicht fonds- oder goldgebundene Guthaben vor Rentenbeginn bzw. die Deckungsrückstellung Ihrer Versicherung eine Mindestverzinsung garantieren, müssen wir ausreichend Vorsorge für Veränderungen der Kapitalmärkte treffen.

Soweit Ihre Rentenversicherung nach Tarif VAN fonds- oder goldgebunden ist, hängt der Ertrag des Vertrages vor Rentenbeginn maßgeblich von der Entwicklung der Anlagestöcke ab, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (vgl. Nr. 5). Auch die Erträge, welche die Fondsgesellschaften aus den hierin enthaltenen Vermögenswerten ausschütten, fließen unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu und ergeben damit zusätzliche Anteileinheiten für Ihren Vertrag.

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

Damit wir unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllen können, müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden und Mittel in entsprechender Höhe anlegen (z. B. in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Dies überwachen unser Verantwortlicher Aktuar und unser Treuhänder des Sicherungsvermögens. Bei der Berechnung der Deckungsrückstellung wird ein Zinssatz von 0,9 % p. a. zugrunde gelegt. Dies bedeutet, dass sich die entsprechenden 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 Ertragsschwankungen teilweise untereinander ausgleichen.

Soweit es sich vor Rentenbeginn beim Anlagevermögen Ihrer Rentenversicherung nach Tarif VAN um nicht fonds- oder goldgebundenes Guthaben handelt sowie nach Rentenbeginn entstehen Überschüsse im Wesentlichen durch die Erträge aus den Kapitalanlagen in unserem sonstigen Sicherungsvermögen.

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

Wir möchten dies an einem Beispiel verdeutlichen:

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

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

- Risikoergebnis

Bei der Tarifkalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch wird sichergestellt, dass die vertraglichen Leistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn sich die versicherten Risiken ungünstig entwickeln. Ist der Risikoverlauf dagegen in der Realität günstiger als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse. Bei Rentenversicherungen nach Tarif VAN wird insbesondere sichergestellt, dass die vertraglichen Rentenleistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn die durchschnittliche Lebenserwartung aller Rentenversicherten steigt. Ist die Dauer des Rentenbezugs dagegen in der Realität kürzer als kalkuliert, entstehen hier Risikoüberschüsse.

- Kostenergebnis

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

Wie werden die Überschüsse ermittelt und festgestellt?

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

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

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

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

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen des in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverbandes innerhalb der dort ebenfalls aufgeführten Bestandsgruppe. Wir teilen Ihrem Vertrag in der Regel laufende Überschussanteile zu. 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 Ihres Vertrags ein Schluss-Überschussanteil sowie eventuell vorhandene Bewertungsreserven hinzukommen. Während der Rentenzahlung kann sich unter den in dem Paragrafen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der AVB genannten Voraussetzungen eine Beteiligung an eventuell vorhandenen Bewertungsreserven ergeben.

Die Höhe der Überschussanteil-Sätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteil-Sätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern. Sie finden ihn auch auf unserer Internetseite: www.generali.de.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung ist nicht garantiert.

Wie verwenden wir die laufenden Überschussanteile Ihres Vertrags?

In der Anlage zum Antrag haben wir dargelegt, wie wir die Überschussanteile zu Ihrem VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN verwenden. Erläuterungen zur Überschussverwendung können Sie den zugehörigen Paragrafen der einzelnen Bedingungswerke entnehmen.

Versicherungsmathematische Hinweise:

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifkalkulation ermittelt. Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten Leistungen der Rentenversicherung nach Tarif VAN basiert auf Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004 R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegendem Erlebensfallcharakter (Basistafel mit Trendfunktion) ohne weitere Zu- und Abschläge, wegen der gesetzlichen Anforderung, Beiträge und Leistungen unabhängig vom Geschlecht zu berechnen, ausgehend von einem Verhältnis 48 % Männer und 52 % Frauen gewichtet zu einer „mittleren“ Sterbewahrscheinlichkeit. Als Rechnungszins werden 0,9 % p. a. angesetzt.

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

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

Bei einer vollständigen Kündigung erhalten Sie grundsätzlich den Rückkaufswert, von dem wir einen Abzug vornehmen, ggf. erhöht um Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Dabei erfolgt der Abzug bei der Rentenversicherung nach Tarif VAN nur vor Beginn der Verfügungsphase. Eine Pflegerententoptions-Versicherung wird bei Kündigung grundsätzlich in eine beitragsfreie Komponente umgewandelt. Ist Ihre Versicherung beitragspflichtig, setzen wir im Falle einer Beitragsfreistellung die versicherten Leistungen nach den in den Versicherungsbedingungen beschriebenen Regeln herab.

Bei den Komponenten zur Risikoabsicherung erreichen der Rückkaufswert sowie die beitragsfreien Leistungen mindestens die bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebeträge. Eine Übersicht dieser Garantiewerte ist in der Anlage zum Antrag abgedruckt. Werden die Versicherungsleistungen aufgrund des Dynamikplans, durch nicht planmäßige laufende Beitragserhöhungen oder durch Sonderzahlungen erhöht, so erhöhen sich im Allgemeinen auch die Garantiewerte. Die aktualisierten Werte teilen wir Ihnen jeweils in einem Nachtrag zu Ihrer Versicherung mit.

19. Welche Investmentfonds stehen Ihnen für die fondsgebundene Vermögensanlage zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken? Was ist in dieser Hinsicht bei der Anlage im internen Fonds für die goldgebundene Anlage von Bedeutung?

Die Informationen zu diesem Punkt haben wir für Sie unter der Überschrift „Fondsspezifische Informationen für den Versicherungsnehmer“ zusammengefasst. Dort finden Sie auch die Wertentwicklung der Fonds in den letzten Jahren.

20. Welche Steuerregelungen gelten allgemein für den VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN 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 März 2020 der Steuergesetzgebung. Die Anwendung der Steuerregelungen auf den jeweiligen Vertrag kann sich auch während der Laufzeit des Vertrags noch ändern. Insbesondere kann sich aus der Änderung von Gesetzen, Verordnungen und Verwaltungsanweisungen oder auch der Rechtsprechung während der weiteren Vertragslaufzeit sowie durch einvernehmliche Ver-

tragsänderungen eine abweichende steuerliche Behandlung ergeben.

A Einkommensteuer

(1) Aufgeschobene Leibrenten nach Tarif VAN

Private Rentenversicherungen nach Tarif VAN gelten steuerlich als „Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht“ (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG – Einkommensteuergesetz).

Die Beiträge zu diesen Versicherungen können demnach bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG abgezogen werden.

Laufende lebenslange Rentenzahlungen aus diesen Versicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG nur mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer; dazu ist tariflich gewährleistet, dass die 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 Rentengarantiezeit weitergezahlt, unterliegen die Renten der Garantiezeit weiterhin mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer.

Kapitalleistungen, die bei Tod der versicherten Person vor dem Rentenbeginn erbracht werden, sind stets einkommensteuerfrei. Im Falle der (Teil-) Kapitalabfindung einer Rentenzahlung, einer Zeitrentenzahlung oder einer Kapitalauszahlung bei Rückkauf ist der Unterschiedsbetrag zwischen der jeweiligen Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Kapitalerträge) einkommensteuerpflichtig. Das gilt auch, soweit dieser Unterschiedsbetrag aus der goldgebundenen Kapitalanlage resultiert. 15 % des Unterschiedsbetrags sind steuerfrei oder dürfen nicht bei der Ermittlung der Einkünfte abgezogen werden, soweit der Unterschiedsbetrag aus Investmenterträgen von Publikumsfonds stammt. Alle steuerpflichtigen Kapitaleinkünfte im Privatvermögen unterliegen grundsätzlich der so genannten Abgeltungsteuer. Dies bedeutet, dass wir als Schuldner der Kapitalerträge die Steuer einbehalten und an das Finanzamt abführen müssen und dass damit die zugehörige Steuerschuld grundsätzlich abgegolten ist. Die Abgeltungsteuer setzt sich zusammen aus der Kapitalertragsteuer in Höhe von 25 % und dem hierauf entfallenden Solidaritätszuschlag von 5,5 %. Sollte der Steuerpflichtige allerdings einen persönlichen Einkommensteuersatz von weniger als 25 % haben, kann er die einbehaltene Steuer in seiner Einkommensteuererklärung geltend machen und sich die zu viel gezahlte Steuer vom Finanzamt erstatten lassen.

Falls Sie einer steuererhebenden Religionsgemeinschaft angehören, erhöht sich die Abgeltungsteuer noch um die Kirchensteuer (KiSt). Sie beträgt 9 % der Kapitalertragsteuer bzw. – bei einem Wohnsitz in Bayern oder Baden-Württemberg – 8 %. Von diesem Betrag sind wiederum 25 % als Sonderausgaben steuerlich absetzbar. Dadurch ermäßigt sich der Kapitalertragsteuersatz von 25 % auf 24,45 % bei einem KiSt-Satz von 9 % bzw. auf 24,51 % bei einem KiSt-Satz von 8 %. Wir sind gesetzlich verpflichtet, vor der Auszahlung steuerpflichtiger Kapitalerträge beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) anzufragen, ob Sie einer steuererhebenden Religionsgemeinschaft angehören. Falls Sie nicht möchten, dass das BZSt uns Ihre Religionszugehörigkeit mitteilt, können Sie dem widersprechen. Dazu steht Ihnen der amtlich vorgeschriebene Vordruck unter www.formulare-bfinv.de unter dem Stichwort ‚Kirchensteuer‘ zur Verfügung. Diese „Sperrvermerkserklärung“ ist von Ihnen ausgefüllt und unterschrieben rechtzeitig beim BZSt einzureichen. Ihre Erklärung ist rechtzeitig, falls sie spätestens zwei Monate vor unserer Abfrage beim BZSt eingeht. Bis auf Weiteres ist damit die Übermittlung Ihrer Religionszugehörigkeit für die aktuelle und alle folgenden Abfragen gesperrt. Wir führen daraufhin keine Kirchensteuer für Sie ab. Stattdessen informiert das BZSt das für Sie zuständige Finanzamt über Ihre Sperre. Dieses wird Sie dann auffordern, Angaben zur Abgeltungsteuer zu machen, um darauf die Kirchensteuer zu erheben.

Die sich insgesamt ergebende Steuerschuld verringert sich oder entfällt sogar ganz, wenn der Steuerpflichtige uns einen Freistellungsauftrag für die Kapitalerträge oder eine Nichtveranlagungsbescheinigung einreicht. Ein Freistellungsauftrag kann bis zur Höhe des so genannten Sparer-Pauschbetrags von 801 € für Ledige bzw. 1.602 € für zusammen veranlagte Ehegatten / eingetragene Lebenspartner erteilt werden.

Erfolgt die Kapitalauszahlung nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von zwölf Jahren seit Vertragsabschluss, unterliegt nur die Hälfte des maßgebenden Unterschiedsbetrags der Besteuerung, dann allerdings mit dem persönlichen Steuersatz (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG). Auch in einem solchen steuerlich begünstigten Fall unterliegen zunächst 100 % der Erträge, d. h. der volle Unterschiedsbetrag, dem pauschalen Steuerabzug. Dieser hat aber keine abgeltende Wirkung. Vielmehr können Sie im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung eine Versteuerung des hälftigen Ertrags mit dem persönlichen Steuersatz geltend machen und insoweit eine Steuererstattung erwirken.

(2) Erhöhungsversicherungen zu Rentenversicherungen nach Tarif VAN im Rahmen des Dynamikplans sowie aus Sonderzahlungen

Planmäßige Erhöhungen zu Rentenversicherungen nach Tarif VA, die im Rahmen eines Dynamikplans erfolgen, unterliegen den gleichen Steuerregelungen wie die Grundversicherung.

Als Vertragsbeginn der Erhöhungsversicherungen ist bei Dynamikplan A steuerlich der ursprüngliche Versicherungsbeginn anzusehen.

Planmäßige Erhöhungen zu Rentenversicherungen nach Tarif VAN, die im Rahmen des Dynamikplans B erfolgen, gelten steuerlich jeweils als neu abgeschlossene Rentenversicherungen nach dem hierfür vorgesehenen Tarif, solange bei Beginn der Erhöhung die restliche Dauer bis zum Beginn der Verfügungsphase noch mehr als zwölf Jahre beträgt. Beträgt bei Beginn der Erhöhungsversicherung die restliche Dauer bis zum Beginn der Verfügungsphase höchstens zwölf Jahre, ist aufgrund der hier wirkenden Begrenzung des Erhöhungsprozentsatzes als steuerlich relevanter Vertragsbeginn für diese Erhöhungen der Zeitpunkt zwölf Jahre vor Beginn der Verfügungsphase anzusehen.

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 VAN

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

Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Schwere-Krankheiten-, Pflegerenten- und Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen gelten steuerlich als Nebenrisiko. Die – ggf. um die Überschussbeteiligung geminderten – Beiträge für Berufsunfähigkeits-, Pflegerenten- und Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendun-

gen als Sonderausgaben abgezogen werden. Diese Beiträge werden – zusammen mit den eventuell gezahlten Beiträgen für weitere Risikoabsicherungen (z. B. Haftpflicht, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Unfall, Todesfall) sowie für begünstigte kapitalbildende Versicherungen mit Abschluss vor 2005 – jährlich bis zu einer Höchstgrenze von 1.900 € berücksichtigt. Bei Steuerpflichtigen, die ihre Krankenkassenbeiträge bzw. Krankheitskosten vollständig aus eigenen Mitteln tragen, erhöht sich die Obergrenze auf 2.800 €. Sollten die Beiträge für die Basiskrankenversicherung und die gesetzliche Pflegeversicherung bereits den Höchstbetrag übersteigen, sind diese Beiträge unbegrenzt abzugsfähig; ein weiterer Abzug von Vorsorgeaufwendungen scheidet dann aber aus (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a in Verbindung mit § 10 Abs. 4 EStG).

Die jeweiligen Versicherungsleistungen aus einer Todesfall- und einer Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung sind einkommensteuerfrei.

Renten aus Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV (Einkommensteuer-Durchführungsverordnung) zu versteuern. Nachfolgend sind für einige mögliche Laufzeiten der Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente 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

Kapitalzahlungen in Form der Wiedereingliederungshilfe und der Umorganisationshilfe am Ende der Bezugsphase einer Berufsunfähigkeitsrente sind grundsätzlich einkommensteuerfrei.

Die Leistungen aus einer Pflegerenten-Zusatzversicherung sind einkommensteuerfrei, wenn sie der versicherten Person zukommen (§ 3 Nr. 1 a) EStG). Kapitalleistungen bei Tod der versicherten Person sind stets einkommensteuerfrei.

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

(4) Todesfall-Versicherungen und Schwere-Krankheiten-Versicherungen

Beitragszahlungen zu Todesfall-Versicherungen sind steuerlich begünstigt. Die um die evtl. Beitragsanrechnung aus der Überschussbeteiligung geminderten Tarifbeiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a in Verbindung mit § 10 Abs. 4 EStG). Weitere Einzelheiten enthält der obige Absatz 3.

Die jeweiligen Versicherungsleistungen aus einer Todesfall- und einer Schwere-Krankheiten-Versicherung sind einkommensteuerfrei.

(5) Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherungen

Beitragszahlungen zu Berufsunfähigkeits-Versicherungen sind steuerlich begünstigt. Die um die evtl. Beitragsanrechnung aus der Überschussbeteiligung geminderten Tarifbeiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a in Verbindung mit § 10 Abs. 4 EStG). Weitere Einzelheiten enthält der obige Absatz 3.

Renten aus Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern. Nachfolgend sind für einige mögliche Laufzeiten der Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente 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

Kapitalzahlungen in Form der Wiedereingliederungshilfe und der Umorganisationshilfe am Ende der Bezugsphase einer Berufsunfähigkeitsrente sind grundsätzlich einkommensteuerfrei.

(6) Pflegerenten- und Pflegerentenoptions-Versicherungen

Beitragszahlungen zu Pflegerenten- und Pflegerentenoptions-Versicherungen sind steuerlich begünstigt. Die um die evtl. Beitragsanrechnung aus der Überschussbeteiligung geminderten Tarifbeiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a in Verbindung mit § 10 Abs. 4 EStG). Weitere Einzelheiten enthält der obige Absatz 3.

Die Leistungen aus einer Pflegerenten-Versicherung sind einkommensteuerfrei, wenn sie der versicherten Person zukommen (§ 3 Nr. 1 a) EStG). Kapitalleistungen bei Tod der versicherten Person sind stets einkommensteuerfrei.

(7) Erhöhungsversicherungen zu Todesfall- und Schwere-Krankheiten-Versicherungen, Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Pflegerenten-Versicherungen und Pflegerentenoptions-Versicherungen im Rahmen des Dynamikplans sowie aus Sonderzahlungen

Planmäßige Erhöhungen zu diesen Absicherungen, die im Rahmen des Dynamikplans A oder B 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 Versicherungen nach dem hierfür vorgesehenen Tarif.

B Erbschaftsteuer (Schenkungsteuer)

Ansprüche oder Leistungen aus den Komponenten beim VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLAN und evtl. Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer (Schenkungsteuer), wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

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

C Versicherungsteuer

Beiträge zu Rentenversicherungen nach Tarif VAN sind in Deutschland nach § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit. Nach unserer Einschätzung gilt das auch für die Beiträge zu den von uns angebotenen Zusatzversicherungen bzw. den im Rahmen des VERMÖGENSAUFBAU & SICHERHEITSPLANs angebotenen Absicherungskomponenten.

Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz ins Ausland, können die dort geltenden Regelungen für eine Besteuerung von Beiträgen zu einer Versicherung dazu führen, dass der Versicherungsnehmer auf die Beiträge zu einer Rentenversicherung und/oder einer dazu eingeschlossenen Zusatzversicherung bzw. Absicherungskomponente Versicherungsteuer bezahlen muss.

Fondsspezifische Informationen für den Versicherungsnehmer

Welche Investmentfonds stehen Ihnen für die fondsgebundene Vermögensanlage zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken? Was ist in dieser Hinsicht bei der Anlage im internen Fonds für die goldgebundene Anlage von Bedeutung?

Die Beschreibungen der Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken der im Folgenden aufgeführten Investmentfonds wurden mit den jeweiligen Verwaltungsgesellschaften der Investmentfonds zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Informationen abgestimmt (Stand März 2020). Hierfür sind diese Gesellschaften alleine verantwortlich. Weitergehende Informationen, insbesondere auch über die mit den jeweiligen Investmentanlagen verbundenen Risiken, können Sie den aktuellen Verkaufsprospekten der Gesellschaften, ergänzt durch den jeweiligen letzten geprüften Jahresbericht und den jeweiligen Halbjahresbericht, entnehmen. Für deren Vollständigkeit und Richtigkeit haftet der jeweilige Herausgeber. Bitte beachten Sie, dass im Hinblick auf alle diesbezüglichen Informationen der aktuelle Verkaufsprospekt allein maßgeblich ist, den Sie bei uns oder den Fonds-Verwaltungsgesellschaften in elektronischer oder gedruckter Form anfordern können. Diesen finden Sie auch auf der Internetseite der jeweiligen Fonds-Verwaltungsgesellschaft. In den Verkaufsprospekten finden Sie auch Angaben darüber, in welcher Höhe die Fonds-Verwaltungsgesellschaften Kosten für die Verwaltung der Fonds berechnen. Die Fonds-Verwaltungsgesellschaften zahlen aus den von ihr in die Fonds eingerechneten Kosten wiederkehrend Vergütungen in Höhe von monatlich umgerechnet bis zu 0,1 % des jeweiligen Fondsvermögens an uns oder an unsere Kooperationspartner für die Vermittlung und Betreuung von Versicherungen. Die Vergütung bezieht sich auf die jeweils in unseren Anlagestöcken vorhandenen Vermögenswerte der einzelnen Fonds. Die Höhe der Vergütung zu einem bestimmten Fonds werden wir Ihnen auf Nachfrage mitteilen. Eine uns von den Fonds-Verwaltungsgesellschaften gezahlte Vergütung erhöht die Überschüsse, an denen Sie beteiligt werden. Die Vergütungen der Fonds-Verwaltungsgesellschaft für die von ihr in die „Champions Select“- und die „DWS Vermögensmandat“-Fonds eingerechneten Kosten fließen teilweise Ihrem betreuenden Vermögensberater zu. Soweit es sich beim Anlagevermögen um Anteile am internen Fonds für die goldgebundene Anlage handelt **[nur zulässig bei Versicherungen nach Tarif VAN, VASPN und VEPN]**, zahlen wir an diese Kooperationspartner auf das Goldvermögen aus den von uns für die Aufbewahrung und Sicherung des Goldbestandes eingerechneten Kosten wiederkehrend eine Vergütung in Höhe von monatlich umgerechnet 0,06 %.

Die einzelnen Investmentfonds unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Anlageziele und der damit verbundenen Chancen und Risiken. Angaben hierzu enthalten die nach gesetzlichen Vorgaben gestalteten „Wesentlichen Anlegerinformationen“ der Fonds-Verwaltungsgesellschaften. Hierbei handelt es sich um ein Informationsblatt, in dem in übersichtlicher und verständlicher Form Anlageziele, Kosten und Wertentwicklung sowie Risiko- und Ertragsprofil eines Investmentfonds dargestellt werden. Danach wird jeder Investmentfonds auf einer Risiko-Skala von 1 (geringeres Risiko bei typischerweise geringerem Ertrag) bis 7 (höheres Risiko bei typischerweise höherem Ertrag) nach folgender Systematik eingestuft:

Risiko- und Ertragsprofil

← Typischerweise geringerer Ertrag						Typischerweise höherer Ertrag →
← Geringeres Risiko						Höheres Risiko →
1	2	3	4	5	6	7

Die Berechnung des Risiko- und Ertragsprofils beruht auf historischen bzw. simulierten Daten. Dieser Risikoindikator unterliegt Veränderungen; die Einstufung des Fonds kann sich im Laufe der Zeit verändern und kann nicht garantiert werden. Auch ein Fonds, der in die niedrigste Risikoklasse 1 eingestuft wird, stellt keine völlig risikolose Anlage dar.

Zu jedem der folgenden Fonds ist die Risikoklasse angegeben, in welche der Fonds gemäß dieser Risiko-Skala eingestuft ist.

Die „Wesentlichen Anlegerinformationen“ finden Sie auf der Internetseite der jeweiligen Fonds-Verwaltungsgesellschaft.

Details zu jedem einzelnen Fonds können Sie ferner den von den Fonds-Verwaltungsgesellschaften veröffentlichten „Fondsfakten“ entnehmen. Auch diese finden Sie auf der Internetseite der jeweiligen Fonds-Verwaltungsgesellschaft sowie auf unserer Internetseite: www.generali.de/fondsauswahl.

DWS

Garantiefonds:

DWS Funds Global Protect 90

WKN DWS1TH – ISIN LU0828003284

Risikoklasse 3

Investmentgesellschaft: DWS Funds SICAV (Luxemburg)

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

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

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

Der Garantiewert wird täglich ermittelt:

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

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

Einzelheiten zu der Garantie und zu dem aktuellen Garantieniveau können bei der DWS Investment GmbH, Mainzer Landstraße 11 - 17, 60329 Frankfurt am Main, oder bei der DWS Investment S.A., Boulevard Konrad Adenauer, L-1115 Luxemburg, erfragt werden. Sie finden außerdem Erwähnung in den Jahres- und Halbjahresberichten des Fonds.

Bei der beschriebenen Garantiezusage der DWS Investment S.A. zu dem Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 handelt es sich nicht um eine Garantiezusage der Generali Deutschland Lebensversicherung AG. Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG haftet nicht bei Nichterfüllung der Garantiezusage der DWS Investment S.A. Bei der DWS Funds SICAV und der DWS In-

vestment S.A. handelt es sich um Investment- bzw. Verwaltungsgesellschaften nach luxemburgischem Recht, die anderen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterliegen als deutsche Lebensversicherer.

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

Die Garantiezusage der DWS Investment S.A. bezieht sich nicht auf eine absolute Höhe des auf den Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 entfallenden Fondsguthabens und auch nicht auf eine bestimmte Anzahl von Anteileinheiten. Insbesondere bleibt die tarifliche Entnahme von Anteileinheiten aus dem Fondsguthaben für vorgezogene Teilrenten bzw. Teilkapitalabfindungen von der Garantiezusage der DWS Investment S.A. unberührt. Diese Entnahme kann dazu führen, dass das auf den Garantiefonds DWS Funds Global Protect 90 entfallende Deckungskapital nur noch wenige Anteileinheiten umfasst und der Geldwert des Deckungskapitals trotz des garantierten Mindestwertes je Anteileinheit im Verhältnis zu den Anlagebeträgen gering ausfällt.

Sollte der garantierte Mindestwert je Anteileinheit nicht erreicht werden, wird die DWS Investment S.A. den Differenzbetrag aus eigenen Mitteln in das Fondsvermögen einzahlen (vgl. vorstehende Fondsbeschreibung). Kommt die DWS Investment S.A. dennoch ihren Verpflichtungen nicht nach, haftet die Generali Deutschlang 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:

Champions Select Balance VC

WKN DWS 2W3 – ISIN DE000DWS2W30

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Champions Select Balance strebt langfristig eine möglichst hohe Wertentwicklung in Euro an. Der Anlageprozess basiert auf den langfristigen Kapitalmarktannahmen der DWS. Es kommen Zielfonds von DWS und anderen Anbietern aus verschiedenen Anlageklassen zum Einsatz, die über besonders attraktive Merkmale verfügen, so genannte „Champions". Hierzu zählen z .B. ein konsistenter Investmentprozess und gute externe Fondsratings. Die Wertentwicklung von Champions Select Balance kann aufgrund des Anteils Aktienanlagen kapitalmarktbedingt erhöhten Wertschwankungen unterliegen.

Champions Select Dynamic VC

WKN DWS 2W1 – ISIN DE000DWS2W14

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Champions Select Dynamic strebt langfristig eine möglichst hohe Wertentwicklung in Euro an. Der Anlageprozess basiert auf den langfristigen Kapitalmarktannahmen der DWS. Es kommen Zielfonds von DWS und anderen Anbietern aus verschiedenen Anlageklassen zum Einsatz, die über besonders attraktive Merkmale verfügen, so genannte „Champions". Hierzu zählen z. B. ein konsistenter Investmentprozess und gute externe Fondsratings. Die Wertentwicklung von Champions Select Dynamic kann aufgrund des meist sehr hohen Anteils Aktienanlagen kapitalmarktbedingt erhöhten Wertschwankungen unterliegen.

DWS Multi Opportunities LD

WKN DWS 12A – ISIN LU0989117667

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

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

Aktienfonds (TRC – Trend Risk Control):

DWS TRC Deutschland

WKN DWS 08N – ISIN DE000DWS08N1

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Mindestens 85 % des Wertes des Sondervermögens werden in Anteilen des Masterfonds DWS Deutschland angelegt. Darüber hinaus wird eine Kombination geeigneter Anlageinstrumente zur teilweisen Absicherung des Aktienmarktrisikos des Masterfonds eingesetzt. Bis zu 80 % des Aktienmarktrisikos des Masterfonds können so in Abhängigkeit von der Markteinschätzung abgesichert werden.

DWS TRC Global Growth

WKN DWS 1W8 – ISIN DE000DWS1W80

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Mindestens 85 % des Wertes des Sondervermögens werden in Anteilen des Masterfonds DWS Global Growth angelegt. Darüber hinaus wird eine Kombination geeigneter Anlageinstrumente zur teilweisen Absicherung des Aktienmarktrisikos des Masterfonds eingesetzt. Bis zu 80 % des Aktienmarktrisikos des Masterfonds können so in Abhängigkeit von der Markteinschätzung abgesichert werden.

DWS TRC Top Asien

WKN DWS 08Q – ISIN DE000DWS08Q4

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Mindestens 85 % des Wertes des Sondervermögens werden in Anteilen des Masterfonds DWS Top Asien angelegt. Darüber hinaus wird eine Kombination geeigneter Anlageinstrumente zur teilweisen Absicherung des Aktienmarktrisikos des Masterfonds eingesetzt. Bis zu 80 % des Aktienmarktrisikos des Masterfonds können so in Abhängigkeit von der Markteinschätzung abgesichert werden.

DWS TRC Top Dividende

WKN DWS 08P – ISIN DE000DWS08P6

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Mindestens 85 % des Wertes des Sondervermögens werden in Anteilen des Masterfonds DWS Top Dividende angelegt. Darüber hinaus wird eine Kombination geeigneter Anlageinstrumente zur teilweisen Absicherung des Aktienmarktrisikos des Masterfonds eingesetzt. Bis zu 80 % des Aktienmarktrisikos des Masterfonds können so in Abhängigkeit von der Markteinschätzung abgesichert werden.

Aktienfonds:

DWS Akkumula LC

WKN 847 402 – ISIN DE0008474024

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Den Klassiker unter den DWS-Aktienfonds zeichnet eine flexible, nicht starr an Index-Gewichtungen orientierte Anlagepolitik aus – die Titelauswahl ist Stock Picking pur nach fundamentalem Ansatz. Das Fondsmanagement konzentriert sich auf Standardwerte, so genannte Blue Chips, rund um den Globus und achtet dabei auf eine der Marktlage angemessenen Mischung substanzstarker und wachstumsorientierter Unternehmen.

DWS Aktien Strategie Deutschland GLC

[**nur** zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN]

WKN DWS 2S4 – ISIN DE000DWS2S44

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Der Fonds investiert vorwiegend in deutschen Standardwerten (Blue Chips) und wachstumsstarken mittleren (Mid Caps) und kleineren Werten (Small Caps). Die zugrundeliegende Benchmark ist der HDAX. Die Anteilsklasse GLC nutzt eine nur für den Einsatz bei Basis- und Riesterrenten mögliche steuerliche Begünstigung.

DWS Aktien Strategie Deutschland LC

[**nicht** zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN]

WKN 976 986 – ISIN DE0009769869

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Der Fonds investiert vorwiegend in deutschen Standardwerten (Blue Chips) und wachstumsstarken mittleren (Mid Caps) und kleineren Werten (Small Caps). Die zugrundeliegende Benchmark ist der HDAX.

DWS Deutschland GLC

[**nur** zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN]

WKN DWS 2S2 – ISIN DE000DWS2S28

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Der Fonds investiert in substanzstarke deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index unter flexibler Beimischung ausgewählter Small Caps und Mid Caps. Die Anteilsklasse GLC nutzt eine nur für den Einsatz bei Basis- und Riesterrenten mögliche steuerliche Begünstigung.

DWS Deutschland LC

[**nicht** zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN]

WKN 849 096 – ISIN DE0008490962

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

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

DWS Emerging Markets Typ O ND

[**nicht** zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN]

WKN 977 301 – ISIN DE0009773010

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

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

DWS European Opportunities LD

WKN 847 415 – ISIN DE0008474156

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Ausgewählte europäische Unternehmen mit mittlerer (Mid Caps), daneben mit kleiner Marktkapitalisierung (Small Caps).

DWS Eurovesta

WKN 849 084 – ISIN DE0008490848

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

DWS Eurovesta investiert hauptsächlich in europäische Aktien.

DWS Global Growth LD

WKN 515 244 – ISIN DE0005152441

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

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

DWS Global Value LD

WKN 939 853 – ISIN LU0133414606

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

DWS Global Value bietet dem Anleger eine Selektion von nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft günstig bewerteten Aktien rund um den Globus, die Nachholpotenzial bieten könnten. Das Fondsmanagement konzentriert sich auf Titel, deren Kursniveau von anderen Marktteilnehmern als zu niedrig eingeschätzt wird und bei deren Bewertung die Akteure einen zu kurzen Horizont zugrunde legen. DWS Global Value – das ist Stock Picking mit Langfrist-Charakter und Schwerpunkt auf nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft unterbewerteten Aktien.

DWS Invest II European Top Dividend LD

WKN: DWS1D9 – ISIN: LU0781237705

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Der Fonds bietet eine Aktienanlage mit Chance auf laufenden Ertrag. Das Management investiert vorrangig in Aktien hochkapitalisierter europäischer Unternehmen, die neben einer überdurchschnittlichen Dividendenrendite auch ein prognostiziertes Dividendenwachstum sowie eine angemessene Ausschüttungsquote (Anteil der Dividendenausschüttung am Jahresüberschuss) aufweisen. Das alles reicht aber noch nicht aus, auch Fundamentaldaten wie Bilanzqualität und Geschäftsmodell müssen stimmen. Erst wenn diese Prüfung positiv ausgefallen ist, hat eine Aktie die Chance, in das Portfolio aufgenommen zu werden.

DWS Invest Top Euroland LD

WKN 552 517 – ISIN LU0145647052

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Mindestens 75 % des Teilfondsvermögens werden in Aktien von Emittenten mit Sitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion (EWU) investiert. Bei der Suche nach den Marktführern von heute und morgen

kann das Fondsmanagement sowohl Large als auch Small und Mid Caps berücksichtigen, der Schwerpunkt liegt dabei auf hoch kapitalisierten Werten. Es werden rund 40 bis 60 Aktien in das Portfolio genommen, die nach Einschätzung des Fondsmanagements überdurchschnittliches Gewinnpotenzial aufweisen.

DWS Osteuropa

WKN 974 527 – ISIN LU0062756647

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

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

DWS Top Asien LC

WKN 976 976 – ISIN DE0009769760

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Aktien von Unternehmen des asiatisch-pazifischen Raums inkl. Japan, die sich nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft durch eine solide Finanzbasis, langfristige Ertragsstärke, starke Marktstellung und gute Wachstumsperspektiven auszeichnen.

DWS Top Dividende LD

WKN 984 811 – ISIN DE0009848119

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

DWS Top Dividende bietet eine Aktienanlage mit Chance auf laufenden Ertrag. Das Management investiert weltweit in Aktien, vorrangig hochkapitalisierte Werte, die eine höhere Dividendenrendite als der Marktdurchschnitt erwarten lassen.

DWS Top Europe LD

WKN 976 972 – ISIN DE0009769729

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Aktien von europäischen Unternehmen mit nach Einschätzung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft wertorientierter Unternehmensführung, solider finanzieller Basis, starker Marktstellung und guten Perspektiven.

DWS Top World

WKN 976 979 – ISIN DE0009769794

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Aktien von im Regelfall 50 – 60 Unternehmen weltweit, die sich an langfristigen Wachstumstrends orientieren

DWS US Growth

WKN 849 089 – ISIN DE0008490897

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Das Fondsmanagement investiert vorrangig in große und mittelgroße US-amerikanische Aktien mit guten Wachstumsperspektiven. Aktien kanadischer und mexikanischer Unternehmen können beigemischt werden.

DWS Vermögensbildungsfonds I LD

WKN 847 652 – ISIN DE0008476524

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Mit DWS Vermögensbildungsfonds I beteiligen Sie sich an aussichtsreichen Branchen und Unternehmen rund um den Globus. Der Fonds wird aktiv gemanagt – in Form hochwertigen Stock Pickings ohne starre Index-Orientierung. Das gibt dem Fondsmanagement den notwendigen Freiheitsgrad, um performanceträchtige Anlageideen umsetzen zu können.

Aktienfonds (Nachhaltigkeitsfonds):

DWS ESG Investa GLC

[nur zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN]

WKN DWS 2S7 – ISIN DE000DWS2S77

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index. Die Anteilsklasse GLC nutzt eine nur für den Einsatz bei Basis- und Riesterrenten mögliche steuerliche Begünstigung.

DWS ESG Investa LD

[nicht zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN]

WKN: 847400 – ISIN: DE0008474008

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index.

DWS Invest ESG Equity Income LD

WKN: DWS2NY – ISIN: LU1616932940

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

DWS Invest ESG Equity Income bietet eine Aktienanlage mit Chance auf laufenden Ertrag. Das Management berücksichtigt bei der Aktienselektion in hochkapitalisierte globale Unternehmen ein gutes ESG-Rating (Faktoren hinsichtlich Umwelt, Sozialem und Unternehmensführung), Ausschlusskriterien, CO_2-Rating und Normeneinhaltung sowie eine überdurchschnittliche Dividendenrendite, ein prognostiziertes Dividendenwachstum und eine angemessene Ausschüttungsquote.

DWS SDG Global Equities LD

WKN 515 246 – ISIN DE0005152466

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Der Fonds investiert in Unternehmen, die einen positiven Beitrag zur Erreichung mindestens eines der 17 Nachhaltigkeitsziele der UN (Sustainable Development Goals, sog. SDG) leisten. Im Gesamtportfolio des Fonds wird angestrebt, dass durchschnittlich 50 % der Unternehmenserträge zur Erreichung der 17 Ziele beitragen. Alle im Fonds enthaltenen Unternehmen erfüllen zusätzlich die definierten Umwelt-, Sozial- und Unternehmensführung-Standards (ESG-Standards) der DWS.

Aktienfonds (Themenfonds):

DWS Global Natural Resources Equity Typ O

[nicht zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN]

WKN 847 412 – ISIN DE0008474123

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Aktien, Wandel- und Optionsanleihen von Unternehmen der Rohstoffbranche.

DWS Invest Global Infrastructure LD

WKN DWS 0TN – ISIN LU0363470237

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

DWS Invest Global Infrastructure investiert vordergründig in Aktien von Emittenten aus dem globalen Infrastruktursektor. Dazu gehören folgende Segmente: Transport (Straßen, Flug- und Seehäfen sowie Schienenverkehr), Energie (Gas- und Stromübertragung, -vertrieb und -erzeugung), Wasser (Be-

wässerung, Trinkwasser und Abwasser) und Kommunikation (Rundfunk- und Mobilfunkmasten, Satelliten, Glasfaser- und Kupferkabel).

DWS Invest Gold and Precious Metals Equities LD

WKN DWS 0TP – ISIN LU0363470401

Risikoklasse 7

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Anlage in Aktien aussichtsreicher Unternehmen weltweit mit Geschäftsfeld im Edelmetallsektor.

Gemischte Fonds:

DWS Balance

WKN 847 419 – ISIN DE0008474198

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Mindestens 35 % des Wertes des Sondervermögens müssen in verzinslichen Wertpapieren angelegt werden. Davon müssen mindestens 51 % der entsprechenden Investmentquote in auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte Wertpapiere von Emittenten angelegt werden, die zum Zeitpunkt ihres Erwerbs über einen Investment-Grade Status verfügen. Bis zu 65 % des Wertes des Sondervermögens können in Aktien angelegt werden. Bis zu 10 % des Wertes des Sondervermögens dürfen in Zertifikaten auf Rohstoffe und Rohstoffindizes angelegt werden.

DWS Defensiv LC

WKN DWS 1UR – ISIN DE000DWS1UR7

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Mindestens 65 % des Wertes des Sondervermögens müssen in verzinslichen Wertpapieren angelegt werden. Davon müssen mindestens 51 % der entsprechenden Investmentquote in auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte Wertpapiere von Emittenten angelegt werden, die zum Zeitpunkt ihres Erwerbs über einen Investment-Grade Status verfügen. Bis zu 35 % des Wertes des Sondervermögens dürfen in Aktien sowie Zertifikaten auf Rohstoffe und Rohstoffindizes angelegt werden.

DWS Sachwerte

nicht zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN]

WKN DWS 0W3 – ISIN DE000DWS0W32

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Der Fonds investiert vor allem in Aktien einschließlich Immobilienaktien, inflationsindexierte Anleihen, Anleihen mit variablem Zinssatz sowie Zertifikate auf Rohstoffindizes.

DWS Top Portfolio Offensiv

WKN 984 801 – ISIN DE0009848010

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Ziel der Anlagepolitik ist die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses. Mindestens 60 % des Sondervermögens müssen in Aktien, Aktienfonds bzw. Aktienzertifikaten angelegt werden. Bis zu 40 % des Sondervermögens dürfen in verzinslichen Wertpapieren wie zum Beispiel Staatsanleihen, Unternehmensanleihen beziehungsweise Wandelanleihen in- und ausländischer Aussteller, in Zertifikaten auf Renten beziehungsweise Rentenindizes oder in Rentenfonds angelegt werden. Bis zu 10 % des Sondervermögens dürfen in Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes investiert werden.

DWS Vermögensmandat-Balance

WKN: DWS 0NL – ISIN: LU0309483435

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

DWS Vermögensmandat-Balance investiert je nach Börsensituation flexibel in Einzelwerten, Fonds und Zertifikaten/Derivaten auf überwiegend europäischer Basis. Je nach Marktlage werden 30 % bis 70 % des Fondsvermögens in wertstabile Anlageformen (z. B. Staatsanleihen) investiert. Bis zu 70 % des Fondsvermögens werden in chancenreiche und schwankungsintensive Anlageformen (z. B. Aktienanlagen, Emerging Markets, Alternative Investments) angelegt.

DWS Vermögensmandat-Defensiv

WKN: DWS 0NK – ISIN: LU0309482544

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

DWS Vermögensmandat-Defensiv investiert je nach Börsensituation flexibel in Einzelwerten, Fonds und Zertifikaten/Derivaten auf überwiegend europäischer Basis. Mindestens 70 % des Fondsvermögens werden dabei in wertstabile Anlageformen (z. B. Staatsanleihen) angelegt. Der Fonds strebt eine über Geldmarkt liegende Zielrendite an. Je nach Marktlage werden bis zu 30 % des Fondsvermögens in chancenreichen Anlageformen investiert.

DWS Vermögensmandat-Dynamik

WKN: DWS 0NM – ISIN: LU0309483781

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

DWS Vermögensmandat-Dynamik investiert je nach Börsensituation flexibel in Einzelwerten, Fonds und Zertifikaten/Derivaten auf überwiegend europäischer Basis. Mindestens 50 % des Fondsvermögens werden dabei in chancenreiche und schwankungsintensivere Anlageformen (z. B. Aktienanlagen, Emerging Markets, Alternative Investments) investiert.

Gemischte Fonds (Nachhaltigkeitsfonds):

DWS ESG Multi Asset Dynamik LD

WKN: DWS2WC – ISIN: LU1790031394

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)Der Fonds DWS ESG Multi Asset Dynamic investiert je nach Börsensituation flexibel an den internationalen Aktien- und Rentenmärkten. ESG bedeutet hierbei Berücksichtigung von Faktoren hinsichtlich Umwelt, Sozialem und Unternehmensführung.

Rentenfonds:

DWS Covered Bond Fund LD

WKN 847 653 – ISIN DE0008476532

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Rentenfonds mit Anlageschwerpunkt europäische Covered Bonds. Der Fonds investiert z. B. in deutsche Pfandbriefe, spanische Cedulas und französische Obligations Foncières. Der Fonds investiert ausschließlich in Euro-denominierte Anlagen. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Euro Bond Fund LD

WKN 847 651 – ISIN DE0008476516

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Rentenfonds mit Anlageschwerpunkt Euroland. Der Fonds investiert in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind unter anderem Anlagen in Unternehmensanleihen (z. B. sogenannte Financials),

Nachranganleihen und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Der Fonds investiert ausschließlich in Euro-denominierte Anlagen. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Eurorenta

WKN 971 050 – ISIN LU0003549028

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Europäischer Rentenfonds mit Fokus auf europäische Staatsanleihen. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Covered Bonds und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Flexibles Währungsmanagement unter Ausnutzung der europäischen Devisenmärkte und der Zinskonvergenz. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Eurozone Bonds Flexible LD

WKN 847 403 – ISIN DE0008474032

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Euroland-Rentenfonds. Der Fonds investiert in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Financials, Nachranganleihen und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Der Fonds investiert ausschließlich in Euro-denominierte Anlagen. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Inter-Renta LD

WKN 847 404 – ISIN DE0008474040

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Weltweit investierender Rentenfonds mit dem Fokus auf Staatsanleihen. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Financials, Covered Bonds und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Flexibles Währungsmanagement unter Ausnutzung der weltweiten Devisenmärkte. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Invest Emerging Markets Corporates LDH

WKN DWS 00B – ISIN LU0507269834

Risikoklasse 3

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 USD-denominierte Anleihen.

DWS Invest Global Bonds LD

WKN DWS 045 – ISIN LU0616845144

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Weltweit investierender Rentenfonds. Der Fonds investiert in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Financials, Nachranganleihen und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Aktives Durations- und Laufzeitenmanagement.

DWS Invest Global Bonds High Conviction RC

WKN DWS 2TM – ISIN LU1717102278

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Ziel der Anlagepolitik des DWS Invest Global Bonds High Conviction ist die Erwirtschaftung einer überdurchschnittlichen Rendite für den Teilfonds. Der Begriff „High Conviction“ bezieht sich auf das Fondskonzept. „High Conviction“ (deutsch „hohe Überzeugung“) impliziert, dass – auf der Grundlage der Anlageentscheidung des Portfoliomanagements – Renten- und Währungsstrategien mit höheren Gewichtungen und geringerer Diversifizierung umgesetzt werden als bei einem Produkt, das sich an einer Benchmark orientiert.

DWS Zinseinkommen

WKN: DWS 037 – ISIN: LU0649391066

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

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

Rentenfonds (Nachhaltigkeitsfonds)

DWS Invest ESG Euro Bonds (Short) LD

WKN 551 874 – ISIN LU0145656475

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Euroland-Rentenfonds mit Fokus auf Anleihen mit einer durchschnittlichen Laufzeit von null bis drei Jahren. Der Fonds investiert dabei in Staatsanleihen, Anleihen staatsnaher Emittenten und Covered Bonds. Des Weiteren sind z. B. Anlagen in Unternehmensanleihen, Financials, Nachranganleihen und Anleihen aus Schwellenländern möglich. Der Fonds investiert ausschließlich in Euro-denominierte Anlagen.

Absolute-Return-Fonds:

DWS Concept Kaldemorgen SCR

WKN DWS K45 – ISIN LU1254423079

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

DWS Concept Kaldemorgen ist ein Multi-Asset-Fonds mit integriertem Risikomanagement. Durch die flexible Allokation von Aktien und Anleihen in Verbindung mit dem Einsatz von Währungs- und Absicherungsstrategien soll die risikoadjustierte Rendite langfristig maximiert werden. Das Fondsmanagement strebt eine angemessene Beteiligung an steigenden Märkten und einen gewissen Schutz des Kapitals bei fallenden Märkten an. Die Schwankungsbreite des Fondsanteilswertes und mögliche Verluste in einem Kalenderjahr sollen im einstelligen Prozentbereich gehalten werden (keine Garantie).

Kurzlaufende Rentenfonds (geldmarktnahe Fonds):

DWS Euro Flexizins NC

WKN 847 423 – ISIN DE0008474230

Risikoklasse 1

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment GmbH

Das Fondsvermögen kann zu mind. 70 % in festverzinsliche Anleihen oder Anleihen mit variablem Zinssatz sowie Geldmarktinstrumente investiert werden, die über eine gute bis sehr gute Bonität verfügen. Bis zu 5 % der Wertpapiere dürfen zum Erwerbszeitpunkt nicht über ein Investment-Grade-Rating verfügen. Maximal 10 % können in ABS und MBS investiert werden. Diese müssen über ein Investment-Grade-Rating verfügen.

DWS Floating Rate Notes LC

WKN 971 730 – ISIN LU0034353002

Risikoklasse 1

Verwaltungsgesellschaft: DWS Investment S.A. (Luxemburg)

Anlageziel ist eine von Zins- und Währungsschwankungen weitgehend unabhängige geldmarktnahe Wertentwicklung in Euro. Dazu investiert der Fonds vorwiegend in variabel verzinsliche Anleihen sowie Kurzläufer und Termingelder. Akti-

ves Laufzeitenmanagement im kürzeren Segment. Zinseszinseffekt durch Thesaurierung der Erträge.

Generali Investments

Dachfonds:

Generali Komfort Balance

WKN 921 700 – ISIN LU0100842029

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Der gemischte Dachfonds Generali Komfort Balance strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an, wobei Ausgewogenheit und Substanzerhalt hierbei im Vordergrund stehen. Die Dachfondsmittel werden in der Regel in Aktien- und Rentenfonds angelegt, die je nach Marktlage höher bzw. niedriger gewichtet werden können. Daneben kann der Dachfonds Generali Komfort Balance auch Anteile an gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in einen der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Der Dachfonds richtet sich an Anleger, die eine ausgewogene Anlage suchen, welche Stabilität und laufende Zinszuflüsse aus Rentenfonds mit den Chancen aus Aktienfonds kombiniert. Die Anlagen in Aktien- und Rentenfonds sollen in der Regel in einem etwa ausgewogenen Gleichgewicht (Balance) gehalten werden. Dabei ist den Anlegern eine breite Diversifikation durch die Anlage in Renten- und Aktienfonds renommierter internationaler Fondsgesellschaften sowie eine Fokussierung auf den Euro-Raum wichtig. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Generali Komfort Dynamik Europa

WKN 921 702 – ISIN LU0100847093

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Der überwiegend in europäische Aktienfonds investierende Dachfonds Generali Komfort Dynamik Europa strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Im Vordergrund stehen hierbei die Chancen, die der europäische Wirtschaftsraum bietet, wobei in besonderem Maße solche Aktienfonds berücksichtigt werden sollen, die innerhalb des europäischen Rahmens von Wachstumstrends in Branchen, wie beispielsweise Medien und Telekommunikation, profitieren. Daneben kann der Dachfonds auch Anteile an Rentenfonds, gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in einen der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Der Dachfonds wendet sich an Anleger, die von den Chancen des zusammenwachsenden Europäischen Wirtschaftsraums sowie von weltweiten Wachstumstrends durch Anlagen an den europäischen Aktienmärkten profitieren wollen. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Generali Komfort Dynamik Global

WKN 921 705 – ISIN LU0100847929

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Der an den Chancen der internationalen Aktienmärkte ausgerichtete Dachfonds Generali Komfort Dynamik Global strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Der Fokus richtet sich hierbei auf international anlegende Fonds, die erfolgreich interessante Themen und Trends aufgreifen und in die jeweils führenden internationalen Unternehmen investieren. Daneben kann der Dachfonds auch Anteile an Rentenfonds, gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in einen der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Dieser Dachfonds wendet sich an Anleger, die von den weltweiten Chancen der großen Wachstumstrends und der internationalen Aktienmärkte profitieren wollen. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Generali Komfort Wachstum

WKN 921 701 – ISIN LU0100846798

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Der an den Chancen der Aktienmärkte, jedoch mit einer substantiellen Beimischung von Rentenfonds ausgerichtete Dachfonds Generali Komfort Wachstum strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Der Fokus richtet sich hierbei auf die wirtschaftlichen Wachstumstrends innerhalb des zusammenwachsenden Euro-Raumes, wobei der Anteil an Aktienfonds – je nach Marktlage – in der Regel höher als der Anteil an Rentenfonds ist. Daneben kann der Dachfonds auch Anteile an gemischten Wertpapierfonds und Geldmarktfonds erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in einen der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Anleger in diesen Dachfonds suchen eine wachstumsorientierte Anlage, die die mit Anlagen in Aktienfonds verbundenen Renditechancen mit der Stabilität und den laufenden Zinszuflüssen aus Anlagen in Rentenfonds kombiniert. Das Verhältnis der Anlagen Aktien- und Rentenfonds soll von einem höheren Anteil an Aktienfonds und einem geringeren Anteil an Rentenfonds bestimmt sein. Dabei ist den Anlegern eine breite Diversifikation durch die Anlage in Renten- und Aktienfonds renommierter internationaler Fondsgesellschaften sowie eine Fokussierung auf den Euro-Raum wichtig. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Generali Smart Funds Best Managers Conservative EX

WKN A2D N31– ISIN LU1580345228

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Luxembourg S. A. (Luxemburg)

Generali Smart Funds Best Managers Conservative ist ein Teilfonds des Generali Smart Funds Dachfondskonzeptes. Der Fonds strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an, wobei Ausgewogenheit und Substanzerhalt im Vordergrund stehen. Der Fonds legt u.a. in gemischte Wertpapierfonds, Absolute-Return- oder Total-Return-Fonds an, die je nach Marktlage höher bzw. niedriger gewichtet werden können. Daneben können auch Fonds berücksichtigt werden, die Anteile an Aktien-, Renten- oder Geldmarktfonds sowie als Beimischung an Immobilienfonds, Rohstofffonds, Zertifikatefonds oder Zertifikate erwerben. Je nach Marktlage kann auch vollständig in eine der vorgenannten Fondstypen angelegt werden. Zur Absicherung des Marktrisikos kann der Fonds Derivate, insbesondere jedoch Futures auf Finanzindizes einsetzen. Die Anlage kann in Vermögenswerten, die auf Euro oder andere Währungen lauten, erfolgen. Das Teilfondsvermögen darf auch aus Investitionen in einer einzigen dieser Währungen bestehen. Um das Währungsrisiko zu reduzieren, können Vermögenswerte, die nicht auf die Teilfondswährung lauten, gegen die Teilfondswährung abgesichert werden. Der Fonds richtet sich an Anleger, die eine konservative Anlage suchen, welche im Rahmen gemischter Wertpapierfonds Stabilität und laufende Zinszuflüsse aus Rentenanlagen mit den Chancen aus Aktienmarktanlagen kombiniert. Bezogen auf das Gesamtportfolio Generali Smart Funds Best Managers Conservative sollen die Rentenanlagen in der Regel höher gewichtet sein als die Aktienanlagen. Dabei ist den Anlegern eine breite Diversifikation durch die Anlage in Misch- und Absolute-Return- oder Total-Return-Fonds renommierter internationaler Fondsgesellschaften sowie eine internationale Ausrichtung wichtig. Anleger in diesen Teilfonds streben eine längerfristige Anlage von mindestens 5 Jahren oder länger an.

Generali Smart Funds Best Selection EX

WKN A2D N4D – ISIN LU1580346895

Risikoklasse 5

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Luxembourg S. A. (Luxemburg)

Generali Smart Funds Best Selection ist ein Teilfonds des Generali Smart Funds Dachfondskonzeptes. Der Fonds ist grundsätzlich an den Chancen der Aktienmärkte ausgerichtet, nutzt dabei jedoch auch eine substantielle Beimischung an Rentenfonds. Generali Komfort Best Selection strebt als Hauptziel der Anlagepolitik die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachses an. Das Anlagespektrum ist hierbei global ausgerichtet, wobei der Anteil an Aktienfonds – je nach Marktlage – in der Regel höher als der Anteil an Rentenfonds ist. Dabei deckt der Fonds ein breites Spektrum an Marktsegmenten ab, für die jeweils die in der aktuellen Marktlage aussichtsreichsten Fonds selektiert werden. Hierbei können auch Fonds berücksichtigt werden, die auf den Geldmarkt, Immobilien oder Rohstoffe ausgerichtet sind. Je nach Marktlage kann auch zeitweise vollständig in Aktien- oder Rentenfonds investiert werden. Dabei ist den Anlegern eine breite Diversifikation durch die Anlage in Renten- und Aktienfonds renommierter internationaler Fondsgesellschaften sowie eine breite weltweite Fächerung der Anlagen wichtig. Das Anlageergebnis hängt stark von der Entwicklung der Aktienmärkte ab. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste möglich.

Aktienfonds (Nachhaltigkeitsfonds):

GIS SRI Ageing Population DX

WKN: A2ACGG – ISIN: LU1234787460

Risikoklasse 6

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Luxembourg S. A. (Luxemburg)

Das Ziel des Fonds ist eine langfristige Kapitalwertsteigerung durch Anlagen in Aktien von mit Umwelt-, Sozial- und Unternehmensführung-Kriterien (ESG-Kriterien) konformen Unternehmen, die über einen Analyseprozess ausgewählt werden. Dieser wird vom Anlageverwalter über Sektoren hinweg definiert und befolgt. Diese Sektoren werden als diejenigen identifiziert, die vom langfristigen demografischen Trend der Bevölkerungsalterung profitieren könnten. Der Fonds muss mindestens 90 % seines Nettovermögens in börsennotierte Aktien von europäischen Unternehmen investieren, die ESG-Kriterien konform sind. Für die Zwecke des Fonds sind europäische Unternehmen solche, die in Europa börsennotiert oder eingetragen sind. Der Fonds kann auch bis zu 10 % seines Nettovermögens in Geldmarktinstrumente, Staatsanleihen, Unternehmensanleihen, Wandelanleihen und Genussrechte von europäischen Unternehmen investieren, ohne dass der Schwerpunkt dabei auf nachhaltiger Entwicklung liegen muss. Der Fonds kann Finanzinstrumente und Derivate zu Absicherungszwecken, zu Zwecken des effizienten Portfoliomanagements und zu Anlagezwecken einsetzen.

Gemischte Fonds:

Generali AktivMix Ertrag

WKN 415 630 – ISIN DE0004156302

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Partners S.p.A. SGR

Der Fonds Generali AktivMix Ertrag strebt als Anlageziel eine mittel- bis langfristig möglichst stetige Wertentwicklung sowie unabhängig von der Marktsituation ein positives Ergebnis in jedem Kalenderjahr an. Langfristig soll die Wertentwicklung über der Wertentwicklung des Geldmarktes liegen. Hierzu legt der Fonds hauptsächlich in Geldmarkttitel und festverzinsliche Wertpapiere, in börsengehandelte Immobilienaktien (REITs) aus dem Euro-Raum sowie ergänzend in Aktien von Unternehmen an, die überwiegend im Euro-Raum ansässig sind. Der Schwerpunkt im Bereich der festverzinslichen Wertpapiere liegt dabei auf Staatsanleihen, Unternehmensanleihen und europäischen Pfandbriefen. Je nach Marktsituation kann das Fondsmanagement die Verteilung des Portfolios aktiv verändern. Der Fonds kann Derivatgeschäft tätigen, um Vermögenspositionen abzusichern oder in der Absicht, höhere Wertzuwächse zu erzielen. Dadurch erhöhte Chancen gehen mit erhöhten Verlustrisiken einher. Dieser Fonds eignet sich für Anleger mit mittelfristigem Anlagehorizont.

Geldmarktfonds:

Generali Geldmarkt Euro

WKN 531 770 – ISIN DE0005317705

Risikoklasse 1

Verwaltungsgesellschaft:
Generali Investments Partners S.p.A. SGR

Dieser Fonds investiert mindestens 85 % seines Wertes in Geldmarktinstrumente erstklassiger Aussteller bzw. Schuldner, Geldmarktfondsanteile sowie Bankguthaben. Als Anlageziel strebt er dabei einen langfristig attraktiven Wertzuwachs an. Der Fonds richtet sich an Anleger, die eine sicherheitsorientierte Anlage suchen und bietet die Möglichkeit, bei marktgerechter Verzinsung eine jederzeit verfügbare Liquiditätsreserve zu halten. Anleihen und Geldmarktinstrumente bieten eine laufende Verzinsung, Kurschancen und geringe Wertschwankungen. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste nicht ausgeschlossen. Die Gesellschaft darf für das Sondervermögen auch Schuldverschreibungen, Namensschuldverschreibungen sowie sonstige verbriefte Schuldtitel erwerben. Aktien dürfen nicht für das Sondervermögen erworben werden.

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

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

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

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

Fonds / Fondskürzel		Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Garantiefonds												
DWS Funds Global Protect 90	**WK**	Garantiefonds mit einer 90 %igen Garantie des höchsten bisher erreichten Anteilwertes					+ 4,3	+ 1,2	+ 0,1	+ 0,7	- 2,3	+ 2,4
Dachfonds												
Champions Select Balance VC	**XA**	Schwerpunkt auf Anlagen mit hohem und Anlagen mit weniger hohem Wertsteigerungspotenzial									- 7,0	+ 20,8
Champions Select Dynamic VC	**XB**	Schwerpunkt auf Anlagen mit hohem Wertsteigerungspotenzial									- 9,5	+ 25,5
DWS Multi Opportunities LD	**WP**	Multi-Asset-Dachfonds, weltweit					+ 14,0	- 0,3	+ 6,3	- 0,9	- 6,7	+ 12,2
Generali Komfort Balance	**AH**	Euro-Währungsraum; ca. 50 % Renten-/ 50 % Aktienfonds mit Fokus auf den Euro-Währungsraum	+ 2,2	- 6,8	+ 14,0	+ 11,6	+ 4,5	+ 5,5	± 0,0	+ 5,4	- 10,0	+ 12,7
Generali Komfort Dynamik Europa	**AJ**	Europa; ca. 100 % europäische Aktienfonds mit einer Beimischung von Themenfonds	+ 16,4	- 13,7	+ 18,5	+ 17,5	+ 4,3	+ 12,6	- 1,7	+ 10,8	- 15,3	+ 22,8
Generali Komfort Dynamik Global	**AK**	global; ca. 100 % internationale Aktienfonds mit einer Beimischung von Themenfonds	+ 17,2	- 10,4	+ 11,9	+ 19,5	+ 15,9	+ 9,2	+ 4,3	+ 6,7	- 9,6	+ 28,4
Generali Komfort Wachstum	**AI**	Euro-Währungsraum; ca. 30 % Renten-/ 70 % Aktienfonds mit Fokus auf den Euro-Währungsraum	+ 3,4	- 11,8	+ 18,2	+ 15,5	+ 3,3	+ 7,2	- 0,7	+ 7,6	- 13,2	+ 16,6
Generali Smart Funds Best Managers Conservative EX	**AX**	global, Anlage u. a. in gemischte Wertpapierfonds, Absolute-Return- oder Total-Return-Fonds								+ 1,0	- 5,1	+ 4,5
Generali Smart Funds Best Selection EX	**AW**	globale Aktienmärkte mit Beimischung von Rentenfonds; ggf. auch auf Geldmarkt, Immobilien oder Rohstoffe ausgerichtete Fonds					+ 13,1	+ 10,4	+ 6,9	+ 7,2	- 11,1	+ 20,5
Aktienfonds (TRC – Trend Risk Control)												
DWS TRC Deutschland	**WB**	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Deutschland			+ 25,4	+ 22,5	- 2,0	+ 5,3	+ 6,3	+ 15,9	- 17,5	+ 7,2
DWS TRC Global Growth	**WN**	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Global Growth					+ 7,2	+ 1,2	+ 4,6	+ 8,8	- 4,4	+ 19,9
DWS TRC Top Asien	**WC**	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Top Asien LC			+ 6,4	- 5,4	+ 6,9	+ 1,7	+ 4,0	+ 19,7	- 12,1	+ 10,2
DWS TRC Top Dividende	**WD**	mindestens 85 % des Fondsvermögens in Anteilen des DWS Top Dividende LD			+ 2,1	+ 4,7	+ 10,7	+ 5,5	+ 5,7	- 0,5	- 4,0	+ 10,3

Fonds / Fondskürzel		Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aktienfonds												
DWS Akkumula LC	**EL**	weltweite Aktienanlage, flexible Rentenbeimischung	+ 4,1	- 10,1	+ 11,2	+ 17,8	+ 20,9	+ 13,2	+ 5,4	+ 8,4	- 5,2	+ 32,9
DWS Aktien Strategie Deutschland GLC [1]	**WX**	Aktien aus dem HDAX-Index									- 21,2	+ 31,8
DWS Aktien Strategie Deutschland LC [2]	**GI**	Aktien aus dem HDAX-Index	+ 30,6	- 17,5	+ 32,7	+ 37,8	+ 5,9	+ 29,4	+ 0,6	+ 21,2	- 22,0	+ 31,4
DWS Deutschland GLC [1]	**WY**	deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index									- 26,7	+ 24,3
DWS Deutschland LC [2]	**WF**	deutsche Standardwerte (Blue Chips) aus dem DAX-Index	+ 25,6	- 16,4	+ 36,9	+ 30,3	+ 4,2	+ 15,6	+ 7,5	+ 18,9	- 24,2	+ 23,9
DWS Emerging Markets Typ O ND [2]	**EZ**	Aktien in Emerging Markets	+ 22,8	- 21,5	+ 12,1	- 6,3	+ 10,6	- 3,0	+ 12,6	+ 21,4	- 12,0	+ 25,0
DWS European Opportunities LD	**EI**	mittlere europäische Unternehmen mit Schwerpunkt Deutschland	+ 24,1	- 17,7	+ 27,4	+ 29,4	+ 10,8	+ 21,9	+ 0,1	+ 19,0	- 19,4	+ 40,5
DWS Eurovesta	**EH**	europäische „Blue Chips“, Orientierung am DOW JONES STOXX 50	+ 15,7	- 19,3	+ 18,4	+ 21,5	+ 2,9	+ 13,4	- 2,4	+ 11,1	- 16,2	+ 34,0
DWS Global Growth LD	**WI**	Wachstumswerte, Beimischung flexibler Titel aus Schwellenländern	+ 24,3	- 5,6	+ 14,2	+ 15,4	+ 15,3	+ 8,0	+ 5,9	+ 10,6	- 5,7	+ 37,4
DWS Global Value LD	**ES**	Aktienfonds für die globale substanzorientierte Anlage	+ 16,4	- 7,9	+ 9,4	+ 25,3	+ 23,1	+ 9,4	+ 11,8	+ 3,3	- 11,9	+ 25,1
Deutsche Invest II European Top Dividend LD	**WS**	Aktien Europa dividendenorientiert				+ 24,4	+ 5,7	+ 6,6	+ 2,9	+ 8,3	- 10,5	+ 18,7
DWS Invest Top Euroland LD	**WL**	europäische Wirtschafts- und Währungsunion	+ 14,3	- 18,1	+ 27,8	+ 26,7	+ 1,7	+ 14,9	- 3,0	+ 10,0	- 16,7	+ 32,9
DWS Osteuropa	**GH**	ausgewählte Unternehmen Mittel- und Osteuropas, Russlands sowie der Türkei	+ 34,1	- 23,6	+ 17,3	- 5,3	- 23,7	- 10,9	+ 27,0	+ 6,2	- 9,6	+ 30,0
DWS Top Asien LC	**EF**	ausgewählte Aktien aus dem asiatisch-pazifischen Raum	+ 21,5	- 16,9	+ 12,9	+ 3,8	+ 14,1	+ 7,2	+ 6,7	+ 22,0	- 12,9	+ 24,4
DWS Top Dividende LD	**GJ**	Aktien von Unternehmen mit hoher Marktkapitalisierung („Blue Chips“)	+ 16,4	+ 5,1	+ 7,5	+ 12,5	+ 17,7	+ 12,7	+ 7,3	+ 0,6	- 2,9	+ 20,0
DWS Top Europe LD	**ED**	ausgewählte europäische Unternehmen mit „wertorientiertem Management“	+ 22,0	- 15,6	+ 23,2	+ 20,0	+ 6,3	+ 13,0	- 1,5	+ 11.2	- 16,7	+ 30,4
DWS Top World	**EE**	ausgewählte „Qualitätstitel“, die von globalen Trends profitieren	+ 13,0	- 6,4	+ 9,8	+ 16,7	+ 20,7	+ 10,0	+ 6,3	+ 9,2	- 6,8	+ 34,6
DWS US Growth	**GA**	große US-amerikanische Werte	+ 23,2	- 1,6	+ 11,1	+ 29,1	+ 27,4	+ 11,0	+ 9,5	+ 8,1	± 0,0	+ 39,0
DWS Vermögensbildungsfonds I LD	**EK**	internationale Aktien, vorwiegend Standardwerte	+ 8,8	- 11,0	+ 11,1	+ 16,8	+ 19,9	+ 11,6	+ 5,8	+ 9,3	- 5,6	+ 32,4
Aktienfonds (Nachhaltigkeitsfonds)												
DWS ESG Investa GLC [1]	**WW**	deutsche Aktien „Blue Chips“									- 24,4	+ 25,3
DWS ESG Investa LD [2]	**EG**	deutsche Aktien „Blue Chips“	+ 17,3	- 19,2	+ 32,1	+ 34,6	+ 2,6	+ 18,1	+ 2,7	+ 14,6	- 24,6	+ 24,9
DWS Invest ESG Equity Income LD	**XC**	Aktienanlage mit Chance auf laufenden Ertrag unter Berücksichtigung eines guten ESG-Ratings									- 1,1	+ 22,6
DWS SDG Global Equities LD	**GZ**	Unternehmen, die einen positiven Beitrag zur Erreichung mindestens eines der 17 UN-Nachhaltigkeitsziele leisten	+ 11,3	- 17,5	+ 11,4	+ 19,4	+ 1,6	+ 12,8	+ 1,4	+ 10,5	- 13,4	+ 31,6
GIS SRI Ageing Population DX	**AY**	langfristige Kapitalwertsteigerung durch Anlagen in Aktien von mit ESG-Kriterien konformen Unternehmen							- 5,1	+ 16,7	- 9,4	+ 27,7

Fonds / Fondskürzel		Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aktienfonds (Themenfonds)												
DWS Global Natural Resources Equity Typ O [2]	**GL**	Aktien, Wandel- und Optionsanleihen von Unternehmen der Rohstoffbranche	+ 23,8	- 29,8	- 0,5	- 22,2	+ 5,4	- 10,8	+ 21,9	+ 0,4	- 12,7	+ 11,9
DWS Invest Global Infrastructure LD	**WV**	Aktien von Emittenten aus dem globalen Infrastruktursektor	+ 22,1	- 11,3	+ 4,6	+ 9,0	+ 34,9	- 6,0	+ 11,1	- 0,3	- 5,2	+ 30,4
DWS Invest Gold and Precious Metals Equities LD	**WA**	Aktien weltweit aussichtsreicher Unternehmen mit Geschäftsfeld im Edelmetallsektor	+ 51,4	- 20,5	- 12,4	- 51,8	- 2,8	- 19,8	+ 61,0	- 7,2	- 3,2	+ 44,1
Gemischte Fonds												
DWS Balance	**GK**	mindestens 35 % in verzinsliche Wertpapiere, Rentenzertifikate, Rentenfonds; bis zu 65 % in Aktien, Aktienfonds bzw. Aktienzertifikate; bis zu 10 % in Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes	+ 5,7	- 5,1	+ 7,4	+ 7,8	+ 10,5	+ 3,3	+ 1,9	+ 4,3	- 7,0	+ 13,7
DWS Defensiv LC	**WM**	mindestens 65 % in verzinsliche Wertpapiere, Rentenzertifikate, Rentenfonds; bis zu 35 % in Aktien, Aktienfonds, Aktienzertifikate sowie Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes					+ 7,6	+ 1,4	+ 0,5	+ 2,2	- 5,2	+ 6,7
DWS Sachwerte [2]	**GU**	Sachwerte	+ 10,1	- 6,1	+ 1,3	+ 2,3	+ 9,9	+ 2,8	+ 3,0	+ 3,8	- 6,8	+ 12,9
DWS Top Portfolio Offensiv	**WO**	mindestens 60 % in Aktien, Aktienzertifikaten, Aktienfonds; bis zu 40 % in verzinsliche Wertpapiere; bis zu 10 % in Zertifikate auf Rohstoffe und Rohstoffindizes	+ 13,2	+ 6,8	+ 17,0	+ 14,1	+ 13,8	+ 5,3	+ 3,2	+ 5,8	- 8,3	+ 19,6
DWS Vermögensmandat-Balance	**GR**	je nach Marktlage 30 % bis 70 % in wertstabile Anlageformen; bis zu 70 % in chancenreiche und schwankungsintensive Anlageformen	+ 1,7	- 3,9	+ 6,0	+ 7,2	+ 10,2	+ 3,1	+ 1,7	+ 3,7	- 8,3	+ 12,2
DWS Vermögensmandat-Defensiv	**WR**	mindestens 70 % in wertstabile Anlageformen; je nach Marktlage bis zu 30 % in chancenreiche Anlageformen investiert	+ 1,3	+ 0,3	+ 5,1	+ 2,3	+ 1,6	- 2,5	+ 1,4	+ 0,4	- 5,7	+ 5,2
DWS Vermögensmandat-Dynamik	**GS**	mindestens 50 % in chancenreiche und schwankungsintensivere Anlageformen	+ 5,3	- 7,8	+ 6,2	+ 11,6	+ 12,6	+ 5,3	+ 2,8	+ 4,5	- 9,1	+ 16,7
Generali AktivMix Ertrag	**AL**	Anlage in den klassischen wertstabilen Anlagesegmenten Renten, Geldmarkt und immobilienorientierte Wertpapiere	+ 1,9	- 1,9	+ 3,6	+ 1,5	+ 2,0	+ 1,1	+ 0,3	+ 0,9	- 1,8	+ 3,8
Gemischte Fonds (Nachhaltigkeitsfonds)												
DWS ESG Multi Asset Dynamic LD	**XD**	Vereinbarung von größtmöglichem Ertrag mit ökologischen und sozialen Kriterien										+ 19,5
Rentenfonds												
DWS Covered Bond Fund LD	**GM**	Staatsanleihen und öffentliche Pfandbriefe	- 1,0	+ 1,5	+ 11,4	+ 3,3	+ 9,5	- 0,2	+ 1,6	± 0,0	- 0,3	+ 2,2
DWS Euro Bond Fund LD	**EN**	Euro-Anleihen vorwiegend europäischer Emittenten	+ 1,5	+ 2,5	+ 13,4	+ 1,7	+ 11,9	± 0,0	+ 3,5	+ 0,7	- 1,1	+ 5,8
DWS Eurorenta	**EM**	marktbreiter europäischer Rentenfonds	+ 2,6	+ 1,3	+ 9,3	- 0,5	+ 11,8	+ 1,8	+ 3,7	- 0,2	- 0,7	+ 6,2
DWS Eurozone Bonds Flexible LD	**GN**	Euro-Rentenwerte guter Bonität	+ 3,3	- 1,1	+ 7,5	+ 2,9	+ 2,2	- 0,6	+ 1,4	+ 0,8	- 3,2	+ 5,0
DWS Inter-Renta LD	**EO**	weltweite Anlage in Renten-Werten	+ 8,2	+ 9,0	+ 5,2	- 1,6	+ 2,1	+ 1,9	+ 6,9	- 1,4	- 0,4	+ 4,3
DWS Invest Emerging Markets Corporates LDH	**GX**	Fondsinvestitionen in Unternehmensanleihen aus Schwellenländern		+ 3,7	+ 17,5	- 2,5	+ 3,3	- 2,3	+ 11,8	+ 6,8	- 10,0	+ 9,2
DWS Invest Global Bonds LD	**WQ**	weltweit investierender Rentenfonds						- 1,0	+ 0,7	+ 0,7	- 4,9	+ 2,1
DWS Invest Global Bonds High Conviction RC	**WZ**	weltweit investierender Rentenfonds									+ 0,1	+ 3,6
DWS Zinseinkommen	**WG**	auf Euro lautende oder gegen den Euro abgesicherte verzinsliche Wertpapiere: Staatsanleihen, Unternehmensanleihen und Covered Bonds			+ 4,9	+ 2,0	+ 2,5	- 0,8	+ 1,5	+ 0,4	- 2,5	+ 4,4

Fonds / Fondskürzel		Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Rentenfonds (Nachhaltigkeitsfonds)												
DWS Invest ESG Euro Bonds (Short) LD	**GW**	Euroland-Rentenfonds mit Fokus auf Anleihen mit einer durchschnittlichen Laufzeit von bis zu drei Jahren	+ 0,6	+ 1,9	+ 6,9	+ 3,4	+ 1,2	- 0,3	+ 1,0	+ 0,4	- 1,5	+ 0,6
Absolute-Return-Fonds												
DWS Concept Kaldemorgen SCR	**WU**	Aktien internationaler Aussteller, fest- sowie variabel verzinsliche Wertpapiere und Geldmarktinstrumente							+ 8,8	+ 1,1	-3,0	+ 13,3
Kurzlaufende Rentenfonds (geldmarktnahe Fonds)												
DWS Flexizins NC	**GP**	Euro-Geldmarktinstrumente	+ 0,6	+ 1,0	+ 0,6	+ 0,8	+ 0,6	+ 0,2	+ 2,2	- 0,1	- 0,4	+ 0,2
DWS Floating Rate Notes LC	**GY**	Variabel verzinsliche Anleihen sowie Kurzläufer und Termingelder	+ 0,5	+ 1,1	+ 1,4	+ 0,7	+ 0,5	- 0,2	+ 0,7	+ 0,3	- 1,4	+ 0,9
Geldmarktfonds												
Generali Geldmarkt Euro	**AM**	Geldmarktinstrumente	+ 0,4	+ 1,6	+ 2,0	+ 0,3	± 0,0	- 0,2	- 0,2	- 0,5	- 0,6	- 0,6

[1] **nur** zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN
[2] **nicht** zulässig bei Basisrentenversicherungen nach Tarif BRVA und BRSN

Anlage in Gold [nur zulässig bei Versicherungen nach Tarif VAN, VASPN und VEPN]

Um Ihnen einen Eindruck zu vermitteln, mit welchen Chancen und Risiken für Sie eine Anlage in das Edelmetall Gold innerhalb Ihres Versicherungsvertrags verbunden ist, haben wir in der folgenden Tabelle die jährliche Entwicklung des Goldpreises in Euro jeweils zum Jahresende dargestellt.

Obwohl die in der Tabelle für die letzten zehn Jahre jeweils genannten Wertentwicklungen nur in einzelnen Jahren negativ waren, ist eine Kapitalanlage in Gold für Sie selbst langfristig mit einem erheblichen Investitionsrisiko verbunden. So sank der Goldpreis von Anfang der 1980er-Jahre bis 2004 quasi kontinuierlich. Zu bedenken ist ebenfalls, dass eine Kapitalanlage in Gold mittelbar auch mit einem Wechselkursrisiko des Euro gegenüber dem US-Dollar verbunden ist, weil Gold weltweit primär in US-Dollar gehandelt wird.

Die Angaben zur bisherigen Wertentwicklung erlauben keine Prognosen für die Zukunft. Selbstverständlich besteht das Risiko, dass zukünftig auch höhere Verluste entstehen können – aber auch die Chance auf bessere Ergebnisse. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich Wertverluste, aber auch Gewinne am Ende des Ansparvorganges absolut betrachtet stärker auswirken als zu Beginn, da sie das gesamte angesparte goldgebundene Guthaben beeinflussen.

Die in der folgenden Tabelle genannten Wertentwicklungen berücksichtigen nicht, dass bei der goldgebundenen Kapitalanlage im Versicherungsvertrag zusätzlich zu seinen ohnehin angesetzten Kosten bei Erwerb von Gold ein Aufschlag auf den Rückgabepreis anfällt, insbesondere weil auf dem Weltmarkt ein Unterschiedsbetrag zwischen Kauf- und Verkaufspreis existiert, und wir für die Aufwendungen in Zusammenhang mit der Aufbewahrung und Sicherung des Goldbestands weitere laufende Kosten einbehalten, z. B. für das Vorhalten der Tresore, Wachschutz, Diebstahlversicherung. Beides mindert die effektive Wertentwicklung der goldgebundenen Anlage.

Kürzel	Anlageschwerpunkt	Risikoklasse	Wertentwicklung[3]) in Prozent für das Jahr									
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ZA	Kapitalanlage in Gold	3	+ 37,7	+ 15,3	+ 3,7	- 30,8	+ 13,1	- 1,2	+ 12,7	- 1,4	+ 3,0	+ 21,3

[3] des Goldpreises in Euro, abgeleitet aus der Zeitreihe BBEX3.D.XAU.EUR.EA.AC.C04 der Deutschen Bundesbank

Übersicht der sonstigen Kosten

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

neben den in den maßgebenden Versicherungsbedingungen zu bestimmten vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten explizit aufgeführten Kosten stellen wir Ihnen in folgenden Fällen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung, sofern dies in den Versicherungsbedingungen vorgesehen oder nach gesetzlichen Vorschriften zulässig ist:

Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen	4,00 €
Rückläufer im Lastschriftverfahren (ab 2. Rückläufer innerhalb von 6 Monaten)	6,40 €
Durchführung von Vertragsänderungen (z. B. Daueränderungen, Terminverschiebungen)	25,00 €
Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen	8,00 €
Anschriftermittlung	0,00 €
Ausstellung eines Ersatz-Versicherungsscheins	4,00 €
Versicherungsnehmerwechsel	8,00 €
Wiederinkraftsetzung	4,00 €
Einrichtung und Abbrechen des Ablaufmanagements, Fonds-Einstiegsmanagements oder Fonds-Ausstiegsmanagements	6,00 €

Erbringung einer Kapital-Versicherungsleistung in Goldbarren anstatt eines Geldbetrags (nur möglich, soweit die Wertentwicklung des Versicherungsvertrags vereinbarungsgemäß an die Wertentwicklung von Gold gekoppelt war und eine Lieferung von Gold in den Vertragsbedingungen als Option vorgesehen ist):

– Herstellungskosten der auszuliefernden Goldbarren	
– je Goldbarren zu 500 g	16,40 €
– je Goldbarren zu 250 g	13,80 €
– je Goldbarren zu 100 g	10,70 €
– je Goldbarren zu 50 g	9,50 €
– Verpackungs- und Versandkosten der Goldbarren an eine Anschrift in Deutschland	
– bei einem Goldwert bis 20.000 €	65,03 €
– bei einem Goldwert über 20.000 € bis 25.000 €	79,31 €
– bei einem Goldwert über 25.000 € bis 250.000 €	147,14 €

Bei einem höheren Goldwert erhöhen sich die Verpackungs- und Versandkosten entsprechend der Anzahl der erforderlichen Teillieferungen. Bei einer Lieferung ins Ausland – sofern eine solche überhaupt möglich ist – fallen höhere Versandkosten an. Bitte wenden Sie sich bei Bedarf hierzu direkt an uns.

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

Generali Deutschland Gruppe
– Informationen für unsere Kunden über Maßnahmen zum Umgang mit und zur Vermeidung von Interessenkonflikten

Die Generali Deutschland Lebensversicherung (GEDL) ist Teil eines der größten europäischen Versicherungskonzerne. Sie handelt im besten Interesse ihrer Kunden, wenn sie ihre Produkte verkauft und verwaltet. Mögliche Interessenkonflikte vermeidet sie soweit wie möglich schon im Vorfeld. Daher erwarten wir von unseren Mitarbeitern und Vertriebspartnern jederzeit Sorgfalt, Redlichkeit, rechtmäßiges und professionelles Handeln. Das Kundeninteresse beachten wir in ganz besonderem Maße. Unser Handeln muss im Einklang mit dem Code of Conduct stehen, den Verhaltensrichtlinien der internationalen Generali Gruppe.

Von Mitarbeitern der GEDL erwarten wir, dass sie sich an diese Grundsätze halten. Das Gleiche gilt für Dritte wie beispielsweise Vertriebspartner, die in unserem Namen handeln. Der Code of Conduct legt konkrete Verhaltensregeln für die Betroffenen fest, wie zum Beispiel:

- Was tun wir, um Bestechung zu verhindern?
- Wie schützen wir Vermögenswerte und geschäftliche Informationen?
- Wie schützen wir die Beziehung zu unseren Kunden?

Damit Interessenkonflikte gar nicht erst entstehen, haben wir intern Vorkehrungen getroffen. So erkennen wir schon im Vorfeld, wenn etwas nicht unseren Richtlinien entspricht.

Dennoch können wir nicht vollständig ausschließen, dass es zu einem Interessenkonflikt kommen kann. Diese Einzelfälle bearbeiten wir stets unter strenger Berücksichtigung der Kundeninteressen. Insbesondere die hier aufgeführten Sachverhalte unterliegen dem Code of Conduct:

- Vermittlung von Produkten aus Umsatzinteresse der GEDL bzw. Provisionsinteresse der Vermittler
- Erhalt oder Verteilung von Zuwendungen. Beispiel: Annahme bzw. Auszahlung von Folgeprovisionen oder geldwerten Vorteilen von Dritten bzw. an Dritte
- Erfolgsbezogene Vergütungen von Mitarbeitern und Vermittlern
- Zuwendungen an unsere Mitarbeiter und Vermittler
- Beziehungen unseres Hauses zu Beteiligten am Finanzmarkt und Nutzung von Informationen, die nicht öffentlich bekannt sind
- persönliche Beziehungen unserer Mitarbeiter oder der Geschäftsleitung oder der mit diesen verbundenen Personen oder
- Mitwirkung dieser Personen in Aufsichts- oder Beiräten

Die GEDL setzt alles daran, Konflikte im Zusammenhang mit derartigen Sachverhalten von vornherein auszuschließen.

Die Integrität und Kundenorientierung der GEDL zeigt sich im professionellen Umgang mit Interessenkonflikten. In der Generali Deutschland Gruppe gibt es eine unabhängige Compliance-Stelle, für die die Geschäftsleitung direkt verantwortlich ist. Sie identifiziert mögliche Interessenskonflikte und berät die Geschäftsleitung, damit der Code of Conduct in allen Geschäftsbereichen eingehalten wird.

Im Einzelnen hat die GEDL folgende Maßnahmen zur Vermeidung von Interessenkonflikten ergriffen:

- Sie arbeitet mit Verfahren und Kontrollprozessen, die geeignet sind, beim Vertrieb von Versicherungsprodukten die Kundeninteressen zu wahren. Als Grundlage dient der Verhaltenskodex des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
- Bevor sie neue Produkte einführt, durchlaufen diese einen komplexen Produktprüfungsprozess. Auch die vertriebliche Einführung ist entsprechend geregelt.
- Sie befolgt genaue Vorgaben über die Annahme oder Abgabe von Zuwendungen und wie diese offengelegt werden.
- Sie berücksichtigt alle Regelungen zum Umgang mit vertraulichen Informationen.
- Private Geschäfte der Mitarbeiter unterliegen besonderen Regeln, die auch überwacht werden.
- Die Mitarbeiter werden intensiv geschult, damit sie die Regelwerke kennen und anwenden.
- Sie hat ein angemessenes Vergütungssystem eingerichtet. Es stellt unter anderem sicher, dass Kundeninteressen nicht beeinträchtigt werden, wenn z. B. Vermittler eine Vergütung erhalten.

Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Generali Deutschland Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Adenauerring 7
81737 München
Telefon: 089 5121-0
Fax: 089 5121-1400
E-Mail: service@generali.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz Datenschutzbeauftragter oder per E-Mail unter:

datenschutzbeauftragter.de@generali.com

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct Datenschutz) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter https://www.generali.de/datenschutz abrufen.

Fordern Sie Informationen z. B. zu unserem Unternehmen oder zu Produkten oder Leistungen unseres Unternehmens an, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Bearbeitung Ihres Anliegens. Falls Sie eine Beratung wünschen, benötigen wir Ihre Angaben zur Weitergabe an unseren Vertriebspartner.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Die Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, geschieht dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die gegebenenfalls vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten; insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsfalldaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen können Sie von unseren Rückversicherern

- Generali Deutschland AG, Adenauerring 7, 81737 München
- General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln
- Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München, Königinstraße 107, 80802 München
- Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland, Arabellastraße 30, 81925 München

erhalten.

Vermittler/Vermögensberater:

Soweit sich im Rahmen der Bearbeitung Ihres Anliegens die Notwendigkeit zur Einbeziehung eines Vermittlers/Vermögensberaters ergibt, verarbeitet Ihr Vermittler/Vermögensberater die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Gleiches gilt, wenn Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler/Vermögensberater betreut werden. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler/Vermögensberater, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste auf der CD bzw. in den Unterlagen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie in der jeweils aktuellen Version im Internet unter https://www.generali.de/datenschutz finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur

vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht auf der CD bzw. in den Unterlagen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter https://www.generali.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Postfach 606
91511 Ansbach

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalls ggf. zu überprüfen und bei Bedarf zu ergänzen, können wir im dafür erforderlichen Umfang personenbezogene Daten mit dem von Ihnen benannten früheren Versicherer austauschen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, dann tun wir dies nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)

I. EINLEITUNG

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit Sitz in Berlin ist die Dachorganisation der privaten Versicherer in Deutschland. Ihm gehören über 450 Mitgliedsunternehmen an. Diese bieten als Risikoträger Risikoschutz und Unterstützung sowohl für private Haushalte als auch für Industrie, Gewerbe und öffentliche Einrichtungen. Der Verband setzt sich für alle die Versicherungswirtschaft betreffenden Fachfragen und für ordnungspolitische Rahmenbedingungen ein, die den Versicherern die optimale Erfüllung ihrer Aufgaben ermöglichen.

Die Versicherungswirtschaft ist von jeher darauf angewiesen, in großem Umfang personenbezogene Daten der Versicherten zu verwenden. Sie werden zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung erhoben, verarbeitet und genutzt, um Versicherte zu beraten und zu betreuen sowie um das zu versichernde Risiko einzuschätzen, die Leistungspflicht zu prüfen und Versicherungsmissbrauch im Interesse der Versichertengemeinschaft zu verhindern. Versicherungen können dabei heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung erfüllen.

Die Wahrung der informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Privatsphäre sowie die Sicherheit der Datenverarbeitung sind für die Versicherungswirtschaft ein Kernanliegen, um das Vertrauen der Versicherten zu gewährleisten. Alle Regelungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten müssen nicht nur im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und aller einschlägigen bereichsspezifischen Vorschriften über den Datenschutz stehen, sondern die beigetretenen Unternehmen der Versicherungswirtschaft verpflichten sich darüber hinaus, den Grundsätzen der Transparenz, der Erforderlichkeit der verarbeiteten Daten und der Datenminimierung in besonderer Weise nachzukommen.

Hierzu hat der GDV im Einvernehmen mit seinen Mitgliedsunternehmen die folgenden Verhaltensregeln für den Umgang mit den personenbezogenen Daten der Versicherten aufgestellt. Sie schaffen für die Versicherungswirtschaft weitestgehend einheitliche Standards und fördern die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Regelungen. Unternehmen, die die brancheninternen Verhaltensregeln anwenden, stellen damit nach Auffassung der unabhängigen Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder sicher, dass die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung für die Versicherungswirtschaft branchenspezifisch konkretisiert werden. Die Mitgliedsunternehmen des GDV, die diesen Verhaltensregeln gemäß Artikel 30 beigetreten sind, verpflichten sich damit zu deren Einhaltung.

Die Verhaltensregeln sollen den Versicherten der beigetretenen Unternehmen die Gewähr bieten, dass Datenschutz- und Datensicherheitsbelange bei der Gestaltung und Bearbeitung von Produkten und Dienstleistungen berücksichtigt werden. Der GDV versichert seine Unterstützung bei diesem Anliegen. Die beigetretenen Unternehmen weisen ihre Führungskräfte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die Verhaltensregeln einzuhalten. Antragsteller und Versicherte werden über die Verhaltensregeln informiert.

Darüber hinaus sollen mit den Verhaltensregeln zusätzliche Einwilligungen möglichst entbehrlich gemacht werden. Grundsätzlich sind solche nur noch für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung erforderlich. Für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – hat der GDV gemeinsam mit den zuständigen Aufsichtsbehörden Mustererklärungen mit Hinweisen zu deren Verwendung erarbeitet. Die beigetretenen Unternehmen sind von den Datenschutzbehörden aufgefordert – angepasst an ihre Geschäftsabläufe – Einwilligungstexte zu verwenden, die der Musterklausel entsprechen.

Die vorliegenden Verhaltensregeln konkretisieren und ergänzen die datenschutzrechtlichen Regelungen für die Versicherungsbranche. Als Spezialregelungen für die beigetretenen Mitgliedsunternehmen des GDV erfassen sie die wichtigsten Verarbeitungen personenbezogener Daten, welche die Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung, Beendigung oder Akquise von Versicherungsverträgen sowie zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen vornehmen.

Da die Verhaltensregeln geeignet sein müssen, die Datenverarbeitung aller beigetretenen Unternehmen zu regeln, sind sie möglichst allgemeingültig formuliert. Deshalb kann es erforderlich sein, dass die einzelnen Unternehmen diese in unternehmensspezifischen Regelungen konkretisieren. Das mit den Verhaltensregeln erreichte Datenschutz- und Datensicherheitsniveau wird dabei nicht unterschritten. Darüber hinaus ist es den Unternehmen unbenommen, Einzelregelungen mit datenschutzrechtlichem Mehrwert, z. B. für besonders sensible Daten wie Gesundheitsdaten oder für die Verarbeitung von Daten im Internet, zu treffen. Haben die beigetretenen Unternehmen bereits solche besonders datenschutzfreundliche Regelungen getroffen oder bestehen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden spezielle Vereinbarungen oder Absprachen zu besonders datenschutzgerechten Verfahrensweisen, behalten diese selbstverständlich auch nach dem Beitritt zu diesen Verhaltensregeln ihre Gültigkeit.

Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes. Unberührt bleiben die Vorschriften zu Rechten und Pflichten von Beschäftigten der Versicherungswirtschaft.

II. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Für die Verhaltensregeln gelten die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes.

Darüber hinaus sind:

Unternehmen:
die Mitgliedsunternehmen des GDV, soweit sie das Versicherungsgeschäft als Erstversicherer betreiben sowie mit diesem in einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen verbundene Erstversicherungsunternehmen, einschließlich Pensionsfonds, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind,

Versicherungsverhältnis:
Versicherungsvertrag einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden vorvertraglichen Maßnahmen und rechtlichen Verpflichtungen,

Betroffene Personen:
Versicherte, Antragsteller oder weitere Personen, deren personenbezogene Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft verarbeitet werden,

Versicherte:
- Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen des Unternehmens,
- versicherte Personen einschließlich der Teilnehmer an Gruppenversicherungen,

Antragsteller:
Personen, die ein Angebot angefragt haben oder einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen, unabhängig davon, ob der Versicherungsvertrag zustande kommt,

weitere Personen:
außerhalb des Versicherungsverhältnisses stehende betroffene Personen, wie Geschädigte, Zeugen und sonstige Personen, deren Daten das Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses verarbeitet,

Geschädigte:
Personen, die einen Schaden erlitten haben oder erlitten haben könnten, wie z. B. Anspruchsteller in der Haftpflichtversicherung,

Datenverarbeitung:
Erheben, Erfassen, Organisieren, Ordnen, Speichern, Anpassen oder Verändern, Auslesen, Abfragen, Verwenden, Offenlegen durch Übermitteln, Verbreiten oder Bereitstellen in einer anderen Form, Abgleichen

oder Verknüpfen oder Einschränken der Verarbeitung sowie Löschen oder Vernichten personenbezogener Daten,

Datenerhebung:
das Beschaffen von Daten über die betroffenen Personen,

Automatisierte Verarbeitung:
Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen,

Automatisierte Entscheidung:
eine Entscheidung gegenüber einer einzelnen Person, die auf eine ausschließlich automatisierte Verarbeitung gestützt wird, ohne dass eine inhaltliche Bewertung und darauf gestützte Entscheidung durch eine natürliche Person stattgefunden hat,

Stammdaten:
die allgemeinen Daten der betroffenen Personen: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geburtsort, Kundennummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge (wie Vertragsstatus, Beginn- und Ablaufdaten, Versicherungsnummer(n), Zahlungsart, Rollen der betroffenen Person (z. B. Versicherungsnehmer, versicherte Person, Beitragszahler, Anspruchsteller), sowie Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Authentifizierungsdaten für die elektronische oder telefonische Kommunikation, Werbesperren und andere Widersprüche, Werbeeinwilligung und Sperren für Markt- und Meinungsforschung, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler und mit den genannten Beispielen vergleichbare Daten,

Dienstleister:
andere Unternehmen oder Personen, die eigenverantwortlich Aufgaben für das Unternehmen wahrnehmen,

Auftragsverarbeiter:
eine natürliche oder juristische Person, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des verantwortlichen Unternehmens verarbeitet,

Vermittler:
selbstständig handelnde natürliche Personen (Handelsvertreter) und Gesellschaften, welche als Versicherungsvertreter, oder -makler im Sinne des § 59 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Versicherungsverträge vermitteln oder abschließen.

Schutzwürdige Interessen:
Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, insbesondere dann, wenn es sich bei der betroffenen Person um ein Kind handelt.

III. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 1 Geltungsbereich

(1) [1]Die Verhaltensregeln gelten für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft durch die Unternehmen. [2]Dazu gehört neben dem Versicherungsverhältnis insbesondere die Erfüllung gesetzlicher Ansprüche, auch wenn ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, nicht oder nicht mehr besteht. [3]Zum Versicherungsgeschäft gehören auch die Gestaltung und Kalkulation von Tarifen und Produkten.

(2) Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz, insbesondere die EU-Datenschutz-Grundverordnung und das Bundesdatenschutzgesetz.

Art. 2 Zwecke der Verarbeitung

(1) [1]Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt für die Zwecke des Versicherungsgeschäfts grundsätzlich nur, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung von Versicherungsverhältnissen erforderlich ist, insbesondere zur Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Erfüllung der Beratungspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG), zur Prüfung einer Leistungspflicht und zur internen Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. [2]Sie erfolgt auch zur Prüfung und Regulierung der Ansprüche Geschädigter in der Haftpflichtversicherung, zur Prüfung und Abwicklung von Regressforderungen, zum Abschluss und zur Durchführung von Rückversicherungsverträgen, zur Entwicklung von Tarifen, Produkten und Services, zur Erstellung von Statistiken, für versicherungsrelevante Forschungszwecke, z. B. Unfallforschung, zur Missbrauchsbekämpfung oder zur Erfüllung gesetzlicher und aufsichtsrechtlicher Verpflichtungen oder zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung.

(2) [1]Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen der den betroffenen Personen bekannten Zweckbestimmung verarbeitet. [2]Eine Änderung oder Erweiterung der Zweckbestimmung erfolgt nur, wenn sie rechtlich zulässig ist und die betroffenen Personen nach Artikel 7 bzw. 8 dieser Verhaltensregeln darüber informiert wurden oder wenn die betroffenen Personen eingewilligt haben.

Art. 3 Grundsätze zur Qualität der Datenverarbeitung

(1) Die Unternehmen verpflichten sich, alle personenbezogenen Daten in rechtmäßiger und den schutzwürdigen Interessen der betroffenen Person entsprechender und nachvollziehbarer Weise zu verarbeiten.

(2) [1]Die Datenverarbeitung richtet sich an dem Ziel der Datenminimierung und Speicherbegrenzung aus. [2]Personenbezogene Daten werden vorbehaltlich der Zwecke Forschung und Statistik nach Maßgabe des Art. 5 Abs. 1 lit. e) DSGVO in einer Form gespeichert, die die Identifizierung der betroffenen Personen nur so lange ermöglicht, wie es für die Zwecke der Verarbeitung erforderlich ist. [3]Insbesondere werden die Möglichkeiten zur Anonymisierung und Pseudonymisierung genutzt, soweit dies möglich ist und der Aufwand nicht unverhältnismäßig zu dem angestrebten Schutzzweck ist. Dabei wird die Anonymisierung der Pseudonymisierung vorgezogen.

(3) [1]Das Unternehmen trägt dafür Sorge, dass die vorhandenen personenbezogenen Daten richtig und erforderlichenfalls auf dem aktuellen Stand gespeichert sind. [2]Es werden alle angemessenen Maßnahmen dafür getroffen, dass nicht zutreffende oder unvollständige Daten unverzüglich berichtigt, gelöscht oder in der Verarbeitung eingeschränkt werden.

(4) [1]Die Maßnahmen nach den vorstehenden Absätzen werden dokumentiert. [2]Grundsätze hierfür werden in das Datenschutzkonzept der Unternehmen aufgenommen (Art. 4 Abs. 2).

Art. 4 Grundsätze der Datensicherheit

(1) [1]Zur Gewährleistung der Datensicherheit werden die erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen getroffen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten. [2]Dabei werden angemessene Maßnahmen getroffen, die insbesondere gewährleisten können, dass

1. nur Befugte personenbezogene Daten zur Kenntnis nehmen können (Vertraulichkeit). Mittel hierzu sind insbesondere Berechtigungskonzepte, Pseudonymisierung oder Verschlüsselung personenbezogener Daten.
2. personenbezogene Daten während der Verarbeitung unversehrt, vollständig und aktuell bleiben (Integrität).
3. personenbezogene Daten zeitgerecht zur Verfügung stehen und ordnungsgemäß verarbeitet werden können (Verfügbarkeit, Belastbarkeit).
4. jederzeit personenbezogene Daten ihrem Ursprung zugeordnet werden können (Authentizität).
5. festgestellt werden kann, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise eingegeben, übermittelt und verändert hat (Revisionsfähigkeit).
6. die Verfahrensweisen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vollständig, aktuell und in einer Weise dokumentiert sind, dass sie in zumutbarer Zeit nachvollzogen werden können (Transparenz).

(2) [1]Die in den Unternehmen veranlassten Maßnahmen werden in ein umfassendes, die Verantwortlichkeiten regelndes Datenschutz- und -sicherheitskonzept integriert, welches unter Einbeziehung der betrieblichen Datenschutzbeauftragten erstellt wird. [2]Es beinhaltet insbesondere Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung und Bewertung der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen.

Art. 5 Einwilligung

(1) [1]Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung der betroffenen Personen gestützt wird, stellt das Unternehmen sicher, dass diese freiwillig, in informierter Weise und unmissverständlich bekundet wird, wirksam und nicht widerrufen ist. [2]Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten – insbesondere Daten über die Gesundheit – verarbeitet werden, muss die diesbezügliche Einwilligung ausdrücklich abgegeben sein.

(2) [1]Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten von Minderjährigen auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung gestützt wird, werden diese Erklärungen von dem gesetzlichen Vertreter eingeholt. [2]Frühestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres werden diese Erklärungen bei entsprechender Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen von diesem selbst eingeholt.

(3) [1]Das einholende Unternehmen bzw. der die Einwilligung einholende Vermittler stellt sicher und dokumentiert, dass die betroffenen Personen zuvor über die Verantwortliche(n), den Umfang, die Form und den Zweck der Datenverarbeitung sowie die Möglichkeit der Verweigerung und die Widerruflichkeit der Einwilligung und deren Folgen informiert sind. [2]Art. 7 Abs. 3 dieser Verhaltensregeln bleibt unberührt.

(4) [1]Die Einwilligung und die Schweigepflichtentbindung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. [2]Die betroffenen Personen werden über die Möglichkeiten und Folgen des Widerrufs einer Einwilligungserklärung informiert. [3]Mögliche Folge eines wirksamen Widerrufs kann insbesondere sein, dass eine Leistung nicht erbracht werden kann.

(5) Wird die Einwilligung schriftlich oder elektronisch zusammen mit anderen Erklärungen eingeholt, wird sie so hervorgehoben, dass sie ins Auge fällt.

(6) [1]Eine Einwilligung kann schriftlich, elektronisch oder mündlich erteilt werden. [2]Das Unternehmen wird die Erklärung so dokumentieren, dass der Inhalt der jeweils erteilten Einwilligungserklärung nachgewiesen werden kann. [3]Auf Verlangen wird den betroffenen Personen der Erklärungsinhalt zur Verfügung gestellt.

(7) Wird die Einwilligung mündlich eingeholt, ist dies den betroffenen Personen unverzüglich schriftlich oder in Textform zu bestätigen.

Art. 6 Besondere Kategorien personenbezogener Daten

(1) [1]Besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (insbesondere Angaben über die Gesundheit) werden auf gesetzlicher Grundlage (insbesondere Art. 6 i. V. m. Art. 9 Datenschutz-Grundverordnung) oder mit Einwilligung der betroffenen Personen nach Artikel 5 und – soweit erforderlich – aufgrund einer Schweigepflichtentbindung erhoben und verarbeitet. [2]Eine Einwilligung muss sich ausdrücklich auf diese Daten beziehen.

(2) [1]Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten auf gesetzlicher Grundlage ist zulässig, insbesondere wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. [2]Das gilt beispielsweise für die Prüfung und Abwicklung der Ansprüche von Versicherten sowie von Geschädigten in der Haftpflichtversicherung.

(3) Darüber hinaus kann die Verarbeitung von Gesundheitsdaten betroffener Personen ohne deren Einwilligung erfolgen zur Geltendmachung, Prüfung und Abwicklung von gesetzlich geregelten Regressforderungen einerseits des Unternehmens oder andererseits eines Dritten, der gegenüber den betroffenen Personen eine Leistung erbracht hat, wie beispielsweise zur Prüfung und Abwicklung der Regressforderungen eines Sozialversicherungsträgers, Arbeitgebers oder privaten Krankenversicherers.

(4) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten kann im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auch dann zulässig sein, soweit es zur Gesundheitsvorsorge bzw. -versorgung erforderlich ist.

(5) Ebenso kann die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ohne Einwilligung erfolgen zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen oder anderer Personen, wenn diese aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande sind, ihre Einwilligung zu geben, insbesondere wenn für diese Personen Assistance-Leistungen (z. B. Notrufdienste, Krankentransport aus dem Ausland oder Koordination der medizinischen Behandlung) vereinbart und sie im Leistungsfall außer Stande sind, ihre Einwilligung abzugeben, z. B. weil nach einem Unfall ein Krankentransport für eine bewusstlose Person nötig ist.

(6) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten erfolgt auch auf gesetzlicher Grundlage zu statistischen Zwecken sowie zu Forschungszwecken nach Maßgabe von Artikel 10 dieser Verhaltensregeln.

IV. DATENERHEBUNG

Art. 7 Grundsätze zur Datenerhebung und Informationen bei Datenerhebung bei der betroffenen Person

(1) [1]Personenbezogene Daten werden in nachvollziehbarer Weise erhoben. [2]Bei Versicherten und Antragstellern werden die Mitwirkungspflichten nach §§ 19, 31 VVG berücksichtigt.

(2) [1]Personenbezogene Daten weiterer Personen im Sinne dieser Verhaltensregeln werden erhoben und verarbeitet, wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist. [2]Das gilt insbesondere für die Erhebung von Daten von Zeugen oder von Geschädigten anlässlich einer Leistungsprüfung und -erbringung in der Haftpflichtversicherung und für Datenverarbeitungen zur Erfüllung von Direktansprüchen in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder zur Erfüllung von gesetzlichen Meldepflichten. [3]Daten nach Satz 1 können auch erhoben und verarbeitet werden, wenn dies im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erforderlich ist und die schutzwürdigen Interessen dieser Personen nicht überwiegen, beispielsweise wenn Daten eines Rechtsanwalts oder einer Reparaturwerkstatt zur Korrespondenz im Leistungsfall benötigt werden.

(3) [1]Die Unternehmen stellen sicher, dass die betroffenen Personen zur Gewährleistung der Transparenz und zur Wahrung ihrer Rechte über Folgendes unterrichtet werden:

a) die Identität des Verantwortlichen (Name, Sitz, Kontaktdaten, Vertretungsberechtigte),

b) die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten,

c) die Zwecke und Rechtsgrundlagen (ggf. einschließlich der berechtigten Interessen) der Datenverarbeitung,

d) ggf. Empfänger oder die Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten,

e) ggf. beabsichtigte Übermittlungen der personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation nach Maßgabe des Art. 13 Abs. 1 lit. f) DSGVO,

f) die Speicherdauer (oder deren Kriterien) der personenbezogenen Daten,

g) die im Abschnitt VIII dieser Verhaltensregeln geregelten Rechte der betroffenen Personen einschließlich der Beschwerdemöglichkeiten bei einer Aufsichtsbehörde sowie über ein ggf. bestehendes Widerspruchsrecht,

h) wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung beruht: über das Recht zum Widerruf der Einwilligung und dessen Folgen,

i) eine ggf. gesetzlich oder vertraglich bestehende oder für einen Vertragsschluss erforderliche Pflicht zur Angabe der Daten und die Folgen der Nichtangabe und

j) bei Einsatz automatisierter Entscheidungen aussagekräftige Informationen über die eingesetzte Logik, Tragweite und Auswirkungen dieser Verarbeitung.

[2]Die Information unterbleibt, wenn und soweit die betroffenen Personen bereits auf andere Weise Kenntnis von ihr erlangt haben.

Art. 8 Datenerhebung ohne Mitwirkung der betroffenen Personen

(1) [1]Daten werden ohne Mitwirkung der betroffenen Personen erhoben, wenn dies im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung von Versicherungsverhältnissen und insbesondere auch zur Prüfung und Bearbeitung von Leistungsansprüchen erforderlich ist. [2]Das gilt beispielsweise, wenn der Versicherungsnehmer bei Gruppenversicherungen zulässigerweise die Daten der versicherten Personen oder bei Lebens- und Unfallversicherungen die Daten der Bezugsberechtigten angibt oder er in der Haftpflichtversicherung Angaben über den Geschädigten oder Zeugen macht. [3]Ohne Mitwirkung der betroffenen Person können personenbezogene Daten auch zu Zwecken nach Art. 10 Abs. 1 erhoben werden.

(2) [1]Die Erhebung von Gesundheitsdaten oder genetischen Daten bei Dritten erfolgt – soweit erforderlich – mit wirksamer Schweigepflichtentbindungserklärung der betroffenen Personen und nach Maßgabe des § 213 VVG und § 18 GenDG, soweit diese Vorschriften anzuwenden sind. [2]Die Erhebung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten bei Dritten kann auch erforderlich sein in den in Artikel 6 Absatz 2 bis 5 dieser Verhaltensregeln genannten Fällen.

(3) [1]Das Unternehmen, das personenbezogene Daten ohne Mitwirkung der betroffenen Personen erhebt, stellt sicher, dass die betroffenen Personen innerhalb einer im Einzelfall angemessenen Frist, längstens jedoch innerhalb eines Monats, nach der ersten Erlangung der Daten informiert werden über:

a) die Identität des Verantwortlichen (Name, Sitz, Kontaktdaten, Vertretungsberechtigte),

b) die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten,

c) die Zwecke und Rechtsgrundlagen (ggf. einschließlich der berechtigten Interessen) der Datenverarbeitung,

d) die Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden,

e) ggf. Empfänger oder die Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten,

f) ggf. beabsichtigte Übermittlungen der personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation nach Maßgabe des Art. 14 Abs. 1 lit. f) DSGVO,

g) die Speicherdauer (oder deren Kriterien) der personenbezogenen Daten,

h) die im Abschnitt VIII dieser Verhaltensregeln geregelten Rechte der betroffenen Personen einschließlich der Beschwerdemöglichkeiten bei einer Aufsichtsbehörde,

i) wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung beruht: über das Recht zum Widerruf der Einwilligung und dessen Folgen,

j) die Quelle der personenbezogenen Daten bzw. ob sie aus einer öffentlich zugänglichen Quelle stammen und

k) bei Einsatz automatisierter Entscheidungen aussagekräftige Informationen über die eingesetzte Logik, Tragweite und Auswirkungen dieser Verarbeitung.

[2]Falls die Daten zur Kommunikation mit den betroffenen Personen verwendet werden sollen, erfolgt die Information spätestens mit der ersten Mitteilung an sie, zum Beispiel in Fällen der Benennung von Bezugsberechtigten in der Lebensversicherung bei Eintritt des Leistungsfalls oder in Fällen der Benennung von Berechtigten für Notfälle, wenn dieser eintritt. [3]Falls die Offenlegung an einen anderen Empfänger beabsichtigt ist, erfolgt die Information spätestens zum Zeitpunkt der ersten Offenlegung.

(4) [1]Die Information unterbleibt, wenn und soweit die betroffenen Personen bereits über die Informationen verfügen, sich die Erteilung der Informationen als unmöglich erweist oder die Information einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde, insbesondere wenn Daten für statistische oder wissenschaftliche Zwecke verarbeitet werden oder wenn gespeicherte Daten aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen sind und eine Benachrichtigung wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle unverhältnismäßig ist. [2]Die Information unterbleibt auch, wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden berechtigten Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen. [3]Dies betrifft beispielsweise Fälle in der Lebensversicherung, in denen sich der Versicherungsnehmer wünscht, dass ein Bezugsberechtigter nicht informiert wird.

(5) [1]Ebenso unterbleibt die Information nach Maßgabe des § 33 Abs. 1 Nr. 2 Bundesdatenschutzgesetz in Verbindung mit Art. 23 Abs. 1 lit. j) DSGVO, wenn:

– sie die Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung zivilrechtlicher Ansprüche beeinträchtigen würde oder die Verarbeitung von personenbezogenen Daten aus zivilrechtlichen Verträgen beinhaltet und der Verhütung von Schäden durch Straftaten dient, sofern nicht das berechtigte Interesse der betroffenen Person an der Informationserteilung überwiegt oder

– das Bekanntwerden der Informationen die behördliche Strafverfolgung gefährden würde.

[2]Daher erfolgt regelmäßig keine Information über Datenerhebungen zur Aufklärung von Widersprüchlichkeiten gemäß Artikel 15 dieser Verhaltensregeln.

(6) [1]In den Fällen des Absatzes 5 ergreift das Unternehmen geeignete Maßnahmen zum Schutz der berechtigten Interessen der betroffenen Personen (z. B. Prüfung und gegebenenfalls Veranlassung weiterer Zugriffsbeschränkungen). [2]Sofern das Unternehmen von einer Information absieht, dokumentiert es die Gründe dafür.

V. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Art. 9 Verarbeitung von Stammdaten in der Unternehmensgruppe

(1) Wenn das Unternehmen einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen angehört, können die Stammdaten von Antragstellern, Versicherten und weiteren Personen sowie Angaben über den Zusammenhang mit bestehenden Verträgen zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren verarbeitet werden, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach Maßgabe des Art. 4 dieser Verhaltensregeln (z. B. Berechtigungskonzepte) den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung dieser Verhaltensregeln durch den oder die für das Verfahren Verantwortlichen gewährleistet ist.

(2) [1]Stammdaten werden aus gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren nur weiterverarbeitet, soweit dies für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. [2]Dies ist technisch und organisatorisch zu gewährleisten.

(3) [1]Erfolgt eine gemeinsame Verarbeitung von Daten gemäß Absatz 1, werden die Versicherten darüber bei Vertragsabschluss oder bei Neueinrichtung eines solchen Verfahrens in Textform informiert. [2]Dazu hält das Unternehmen eine aktuelle Liste aller Unternehmen der Gruppe bereit, die an einer zentralisierten Bearbeitung teilnehmen und macht diese in geeigneter Form bekannt.

(4) Nimmt ein Unternehmen für ein anderes Mitglied der Gruppe weitere Datenverarbeitungen vor oder finden gemeinsame Verarbeitungen mehrerer Mitglieder der Gruppe statt, richtet sich dies nach Artikel 21 bis 22a dieser Verhaltensregeln.

Art. 10 Statistik, Tarifkalkulation und Prämienberechnung

(1) [1]Die Versicherungswirtschaft errechnet auf der Basis von Statistiken und Erfahrungswerten mit Hilfe versicherungsmathematischer Methoden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Versicherungsfällen sowie deren Schadenhöhe und entwickelt auf dieser Grundlage Tarife. [2]Dazu werten Unternehmen neben Daten aus Versicherungsverhältnissen, Leistungs- und Schadenfällen auch andere Daten von Dritten (z. B. des Kraftfahrtbundesamtes) aus.

(2) [1]Die Unternehmen stellen durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicher, dass die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung gewahrt werden, insbesondere dass die Verarbeitung personenbezogener Daten auf das für die jeweilige Statistik notwendige Maß beschränkt wird. [2]Zu diesen Maßnahmen gehört die frühzeitige Anonymisierung oder Pseudonymisierung der Daten, sofern es möglich ist, den Statistikzweck auf diese Weise zu erfüllen.

(3) [1]Eine Übermittlung von Daten an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. oder andere Stellen zur Errechnung unternehmensübergreifender Statistiken oder Risikoklassifizierungen erfolgt grundsätzlich nur in anonymisierter oder – soweit für den Statistikzweck erforderlich – pseudonymisierter Form. [2]Ein Rückschluss auf die betroffenen Personen durch diese Verbände erfolgt nicht. [3]Absatz 2 gilt entsprechend. [4]Für Kraftfahrt- und Sachversicherungsstatistiken können auch Datensätze mit personenbeziehbaren Sachangaben wie z. B. Kfz-Kennzeichen, Fahrzeugidentifikationsnummern oder Standortdaten von Risikoobjekten wie beispielsweise Gebäuden übermittelt werden.

(4) [1]Für Datenverarbeitungen zu statistischen Zwecken können Unternehmen auch besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, verarbeiten, wenn dies für den jeweiligen Statistikzweck erforderlich ist und die Interessen des Unternehmens an der Verarbeitung die Interessen der betroffenen Personen an einem Ausschluss von der Verarbeitung erheblich überwiegen. [2]Das gilt z. B. für Statistiken zur Entwicklung und Überprüfung von Tarifen oder zum gesetzlich vorgeschriebenen Risikomanagement. [3]Die Unternehmen treffen in diesen Fällen angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Personen und insbesondere der in Artikel 3 und 4 geregelten Grundsätze. [4]Zu den spezifischen Maßnahmen gehören wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit der Daten beispielsweise:

– die Sensibilisierung der an den Verarbeitungen beteiligten Mitarbeiter und Dienstleister,

– die Pseudonymisierung personenbezogener Daten nach Absatz 2 Satz 2,

– die Beschränkung des Zugangs zu den personenbezogenen Daten innerhalb der Unternehmen oder beim Dienstleister und

– Verschlüsselung beim Transport personenbezogener Daten.

[5]Alle personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Statistikzweck möglich ist, es sei denn, der Anonymisierung stehen berechtigte Interessen der betroffenen Personen entgegen. [6]Bis dahin werden die Identifikationsmerkmale, mit denen Einzelangaben einer betroffenen Person zugeordnet werden könnten, gesondert gespeichert. [7]Diese Identifikationsmerkmale dürfen mit den Einzelangaben nur zusammengeführt werden, soweit der Statistikzweck dies erfordert.

(5) [1]Die betroffenen Personen können der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten für eine Statistik widersprechen, wenn aufgrund ihrer persönlichen Situation Gründe vorliegen, die der Verarbeitung ihrer Daten zu diesem Zweck entgegenstehen. [2]Das Widerspruchsrecht besteht nicht, wenn die Verarbeitung zur Erfüllung einer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe (z. B. der Beantwortung von Anfragen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) erforderlich ist.

(6) [1]Zur Ermittlung der risikogerechten Prämie werden Tarife nach Absatz 1 auf die individuelle Situation des Antragstellers angewandt. [2]Darüber hinaus kann eine Bewertung des individuellen Risikos des Antragstellers durch spezialisierte Risikoprüfer, z. B. Ärzte, in die Prämienermittlung einfließen. [3]Hierzu werden auch personenbezogene Daten einschließlich ggf. besonderer Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, verwendet, die nach Maßgabe dieser Verhaltensregeln verarbeitet worden sind.

(7) Die Versicherungswirtschaft verarbeitet personenbezogene Daten entsprechend den vorstehenden Absätzen auch für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung, zum Beispiel zur Unfallforschung.

Art. 11 Scoring

Für das Scoring gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 12 Bonitätsdaten

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

Art. 13 Automatisierte Einzelentscheidungen

(1) Automatisierte Entscheidungen, die für die betroffenen Personen eine rechtliche Wirkung nach sich ziehen oder sie in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigen, werden nur unter den in Absatz 2, 3 und 4 genannten Voraussetzungen getroffen.

(2) [1]Eine Entscheidung, die für den Abschluss oder die Erfüllung eines Versicherungsvertrags mit der betroffenen Person oder im Rahmen der Leistungserbringung erforderlich ist, kann automatisiert erfolgen. [2]Eine Erforderlichkeit ist insbesondere in folgenden Fällen gegeben:

1. Entscheidungen gegenüber Antragstellern über den Abschluss und die Konditionen eines Versicherungsvertrages,
2. Entscheidungen gegenüber Versicherungsnehmern über Leistungsfälle im Rahmen eines Versicherungsverhältnisses,
3. Entscheidungen über die Erfüllung von Merkmalen bei verhaltensbezogenen Tarifen, z. B. das Fahrverhalten honorierende Rabatte in der Kfz-Versicherung.

(3) [1]Automatisierte Entscheidungen über Leistungsansprüche nach einem Versicherungsvertrag, z. B. Entscheidungen gegenüber mitversicherten Personen oder Geschädigten in der Haftpflichtversicherung, sind auch dann zulässig, wenn dem Begehren der betroffenen Person stattgegeben wird. [2]Die Entscheidung kann im Rahmen der Leistungserbringung nach einem Versicherungsvertrag auch automatisiert ergehen, wenn die Entscheidung auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen für Heilbehandlungen beruht und das Unternehmen für den Fall, dass dem Antrag nicht vollumfänglich stattgegeben wird, angemessene Maßnahmen zur Wahrung der berechtigten Interessen der betroffenen Person trifft, wozu mindestens das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Unternehmens, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung zählt.

(4) Darüber hinaus kann eine automatisierte Entscheidung mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Person erfolgen.

(5) [1]Besondere Kategorien personenbezogener Daten werden im Rahmen einer automatisierten Entscheidungsfindung verarbeitet, wenn die betroffenen Personen ihre Einwilligung erteilt haben. [2]Automatisierte Entscheidungen mit besonderen Kategorien personenbezogener Daten sind auch ohne Einwilligung in den Fällen des Absatzes 3 möglich.

(6) [1]Sofern automatisierte Entscheidungen zu Lasten der betroffenen Personen getroffen werden, wird mindestens das Folgende veranlasst: Das Unternehmen teilt den betroffenen Personen mit, dass eine automatisierte Entscheidung getroffen wurde. [2]Dabei werden ihnen, sofern sie nicht bereits informiert wurden, aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen der automatisierten Entscheidungsfindung mitgeteilt. [3]Auf Verlangen werden den betroffenen Personen auch die wesentlichen Gründe der Entscheidungsfindung mitgeteilt und erläutert, um ihnen die Darlegung ihres Standpunktes, das Eingreifen einer Person seitens des Unternehmens und die Anfechtung der Entscheidung zu ermöglichen. [4]Dies umfasst auch die verwendeten Datenarten sowie ihre Bedeutung für die automatisierte Entscheidung. [5]Die betroffenen Personen haben das Recht, die Entscheidung anzufechten. [6]Dann wird die Entscheidung auf dieser Grundlage in einem nicht ausschließlich automatisierten Verfahren erneut geprüft. [7]Artikel 28 Absatz 1 dieser Verhaltensregeln gilt entsprechend.

(7) Der Einsatz automatisierter Entscheidungsverfahren wird dokumentiert.

(8) [1]Die Unternehmen stellen sicher, dass technische und organisatorische Maßnahmen getroffen werden, damit Faktoren, die zu unrichtigen personenbezogenen Daten führen, korrigiert werden können und das Risiko von Fehlern minimiert wird. [2]In Hinblick auf Gesundheitsdaten werden auch die gesetzlichen Vorgaben der §§ 37 Abs. 2, 22 Abs. 2 BDSG beachtet.

Art. 14 Hinweis- und Informationssystem (HIS)

(1) [1]Die Unternehmen der deutschen Versicherungswirtschaft – mit Ausnahme der privaten Krankenversicherer – nutzen ein Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung der missbräuchlichen Erlangung von Versicherungsleistungen. [2]Der Betrieb und die Nutzung des HIS erfolgen auf Basis von Interessenabwägungen und festgelegten Einmeldekriterien.

(2) [1]Das HIS wird getrennt nach Versicherungssparten betrieben. [2]In allen Sparten wird der Datenbestand in jeweils zwei Datenpools getrennt verarbeitet: in einem Datenpool für die Abfrage zur Risikoprüfung im Antragsfall (A-Pool) und in einem Pool für die Abfrage zur Leistungsprüfung (L-Pool). [3]Die Unternehmen richten die Zugriffsberechtigungen für ihre Mitarbeiter entsprechend nach Sparten und Aufgaben getrennt ein.

(3) [1]Die Unternehmen melden Daten zu Fahrzeugen, Immobilien oder Personen an den Betreiber des HIS, wenn ein erhöhtes Risiko vorliegt oder wenn eine Auffälligkeit festgestellt wurde, soweit dies zur gegenwärtigen oder künftigen Aufdeckung oder zur Verhinderung der missbräuchlichen Erlangung von Versicherungsleistungen erforderlich ist und nicht überwiegende schutzwürdige Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen dagegen sprechen. [2]Eine Einwilligung der betroffenen Personen ist nicht erforderlich. [3]Vor einer Einmeldung von Daten zu Personen erfolgt eine Abwägung der Interessen der Unternehmen und des Betroffenen. [4]Bei Vorliegen der festgelegten Meldekriterien ist regelmäßig von einem überwiegenden berechtigten Interesse des Unternehmens an der Einmeldung auszugehen. [5]Die Abwägung ist hinreichend aussagekräftig zu dokumentieren. [6]Besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie z. B. Gesundheitsdaten, werden nicht an das HIS gemeldet. [7]Wenn erhöhte Risiken in der Personenversicherung als „Erschwernis“ gemeldet werden, geschieht dies ohne die Angabe, ob sie auf Gesundheitsdaten oder einem anderen Grund, z. B. einem gefährlichen Beruf oder Hobby, beruhen. [8]Personenbezogene Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten werden ebenfalls nicht an das HIS gemeldet, es sei denn, die Verarbeitung wird unter behördlicher Aufsicht vorgenommen oder dies ist nach dem Unionsrecht oder dem nationalen Recht, das geeignete Garantien für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen vorsieht, zulässig.

(4) [1]Die Unternehmen informieren die Versicherungsnehmer bereits bei Vertragsabschluss in allgemeiner Form über das HIS unter Angabe des Verantwortlichen mit dessen Kontaktdaten. [2]Sie benachrichtigen spätestens anlässlich der Einmeldung die betroffenen Personen mit den nach Art. 8 Absatz 3 relevanten Informationen. [3]Eine Benachrichtigung kann in den Fällen des Art. 8 Abs. 5 dieser Verhaltensregelungen unterbleiben.

(5) [1]Ein Abruf von Daten aus dem HIS kann bei Antragstellung und im Leistungsfall erfolgen, nicht jedoch bei Auszahlung einer Kapitallebensversicherung im Erlebensfall. [2]Der Datenabruf ist nicht die alleinige Grundlage für eine Entscheidung im Einzelfall. [3]Die Informationen werden lediglich als Hinweis dafür gewertet, dass der Sachverhalt einer näheren Prüfung bedarf. [4]Alle Datenabrufe erfolgen im automatisierten Abrufverfahren und werden protokolliert für Revisionszwecke und den Zweck, stichprobenartig deren Berechtigung prüfen zu können.

(6) [1]Soweit zur weiteren Sachverhaltsaufklärung erforderlich, können im Leistungsfall auch Daten zwischen dem einmeldenden und dem abrufenden Unternehmen ausgetauscht werden, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass die betroffene Person ein schutzwürdiges Interesse am Ausschluss der Übermittlung hat. [2]So werden beispielsweise Daten und Gutachten über Kfz- oder Gebäude-Schäden bei dem Unternehmen angefordert, welches einen Schaden in das HIS eingemeldet hatte. [3]Der Datenaustausch wird dokumentiert. [4]Soweit der Datenaustausch nicht gemäß Artikel 15 dieser Verhaltensregeln erfolgt, werden die betroffenen Personen über den Datenaustausch informiert. [5]Eine Information ist nicht erforderlich, solange die Aufklärung des Sachverhalts dadurch gefährdet würde oder wenn die betroffenen Personen auf andere Weise Kenntnis vom Datenaustausch erlangt haben.

(7) [1]Die im HIS gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 4. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzung für die Einmeldung gelöscht. [2]Zu einer Verlängerung der Speicherdauer auf maximal 10 Jahre kommt es in der Lebensversicherung im Leistungsbereich

oder bei erneuter Einmeldung innerhalb der regulären Speicherzeit gemäß Satz 1. [3]Daten zu Anträgen, bei denen kein Vertrag zustande gekommen ist, werden im HIS spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Jahr der Antragstellung gelöscht.

(8) Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft gibt unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben einen detaillierten Leitfaden zur Nutzung des HIS an die Unternehmen heraus.

Art. 15 Aufklärung von Widersprüchlichkeiten

(1) [1]Die Unternehmen können jederzeit bei entsprechenden Anhaltspunkten prüfen, ob bei der Antragstellung oder bei Aktualisierungen von Antragsdaten während des Versicherungsverhältnisses unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde oder ob falsche oder unvollständige Sachverhaltsangaben bei der Feststellung eines entstandenen Schadens gemacht wurden. [2]Zu diesem Zweck nehmen die Unternehmen Datenerhebungen und -verarbeitungen vor, soweit dies zur Aufklärung der Widersprüchlichkeiten erforderlich ist. [3]Bei der Entscheidung, welche Daten die Unternehmen benötigen, um ihre Entscheidung auf ausreichender Tatsachenbasis zu treffen, kommt ihnen ein Beurteilungsspielraum zu.

(2) [1]Im Leistungsfall kann auch ohne Vorliegen von Anhaltspunkten die Prüfung nach Abs. 1 erfolgen. [2]Dies umfasst die Einholung von Vorinformationen (z. B. Zeiträume, in denen Behandlungen oder Untersuchungen stattfanden), die es dem Unternehmen ermöglichen einzuschätzen, ob und welche Informationen im Weiteren tatsächlich für die Prüfung relevant sind.

(3) [1]Datenverarbeitungen zur Überprüfung der Angaben zur Risikobeurteilung bei Antragstellung erfolgen nur innerhalb von fünf Jahren, bei Krankenversicherungen innerhalb von drei Jahren nach Vertragsschluss. [2]Die Angaben können auch nach Ablauf dieser Zeit noch überprüft werden, wenn der Versicherungsfall vor Ablauf der Frist eingetreten ist. [3]Für die Prüfung, ob der Versicherungsnehmer bei der Antragstellung vorsätzlich oder arglistig unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht hat, verlängert sich dieser Zeitraum auf 10 Jahre.

(4) Ist die Erhebung und Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere von Daten über die Gesundheit, nach Absatz 1 erforderlich, werden die betroffenen Personen entsprechend ihrer Erklärung im Versicherungsantrag vor einer Datenerhebung bei Dritten nach § 213 Abs. 2 VVG unterrichtet und auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen oder von den betroffenen Personen wird zuvor eine eigenständige Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung eingeholt.

(5) [1]Die Möglichkeit, die Abgabe der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu verweigern, bleibt unbenommen und das Unternehmen informiert die betroffene Person diesbezüglich. [2]Verweigert die betroffene Person die Abgabe der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung, obliegt es der betroffenen Person als Voraussetzung für die Schadenregulierung alle erforderlichen Informationen zu beschaffen und dem Unternehmen zur Verfügung zu stellen. [3]Das Unternehmen hat in diesem Fall darzulegen, welche Informationen es bei Verweigerung der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für erforderlich hält.

Art. 16 Datenaustausch mit anderen Versicherern

(1) [1]Ein Datenaustausch zwischen einem Vorversicherer und seinem nachfolgenden Versicherer wird zur Erhebung tarifrelevanter oder leistungsrelevanter Angaben unter Beachtung des Artikels 8 Abs. 1 vorgenommen. [2]Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Angaben erforderlich sind:

1. bei der Risikoeinschätzung zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadensfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung,
2. zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel,
3. zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer,
4. zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten.

[3]In den Fällen der Nummern 1 und 4 ist der Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung nur zulässig, wenn die betroffenen Personen bei Datenerhebung im Antrag über den möglichen Datenaustausch und dessen Zweck und Gegenstand informiert werden. [4]Nach einem Datenaustausch zum Zweck der Leistungsprüfung werden die betroffenen Personen vom Daten erhebenden Unternehmen über einen erfolgten Datenaustausch im gleichen Umfang informiert. [5]Artikel 15 dieser Verhaltensregeln bleibt unberührt.

(2) Ein Datenaustausch mit anderen Versicherern außerhalb der für das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) getroffenen Regelungen erfolgt darüber hinaus, soweit dies zur Antrags- und Leistungsprüfung und -erbringung, einschließlich der Regulierung von Schäden bei gemeinsamer, mehrfacher oder kombinierter Absicherung von Risiken, des gesetzlichen Übergangs einer Forderung gegen eine andere Person oder zur Regulierung von Schäden zwischen mehreren Versicherern über bestehende Teilungs- und Regressverzichtsabkommen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse der betroffenen Person dem entgegensteht.

(3) Der Datenaustausch wird dokumentiert.

(4) [1]Kfz-Versicherer nutzen die bei der GDV Dienstleistungs-GmbH geführte Schadenklassendatei als Gemeinschaftseinrichtung zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch. [2]Einmeldungen erfolgen, um eine korrekte Einstufung im Schadenfreiheitsrabatt-System zu ermöglichen. [3]Das ist der Fall, wenn ein Kfz-Haftpflichtversicherungsvertrag gekündigt wird, diese Vorversicherung bei Vertragsschluss nicht angegeben wird und die unbelastete Neueinstufung in die Schadenfreiheitsklassen tarifsystemwidrig wäre. [4]Der Kfz-Versicherer übermittelt dazu den Namen und die Anschrift des Versicherungsnehmers, die Versicherungsscheinnummer, das amtliche Kennzeichen des bisher versicherten Fahrzeugs, das Datum der Beendigung des Versicherungsvertrags mit Schadenfreiheitsklasse sowie die Anzahl der noch nicht berücksichtigten Schäden im Meldejahr. [5]Die Daten werden nur im Antragsfall abgefragt, wenn ein Versicherungsnehmer keine Übernahme eines Schadenfreiheitsrabatts aus dem Vorvertrag beantragt. [6]Die Kfz-Versicherer informieren die Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss in den Versicherungsinformationen über die Schadenklassendatei und die Kontaktdaten der Gemeinschaftseinrichtung. [7]Werden bei Beendigung des Versicherungsvertrages Daten eingemeldet, benachrichtigen die Kfz-Versicherer die Versicherungsnehmer über die Art der gemeldeten Daten, den Zweck der Meldung, den Datenempfänger (Name und Sitz der Gemeinschaftseinrichtung) und den möglichen Abruf der Daten. [8]Datenabrufe aus der Schadenklassendatei erfolgen in einem automatisierten Verfahren. [9]Sie werden für Revisionszwecke und stichprobenartige Berechtigungsprüfungen protokolliert. [10]Die in der Schadenklassendatei gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzungen für die Einmeldung gelöscht.

Art. 17 Datenübermittlung an Rückversicherer

(1) [1]Um jederzeit zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus den Versicherungsverhältnissen in der Lage zu sein, geben Unternehmen einen Teil ihrer Risiken aus den Versicherungsverträgen an Rückversicherer weiter. [2]Zum weiteren Risikoausgleich bedienen sich in einigen Fällen diese Rückversicherer ihrerseits weiterer Rückversicherer. [3]Zur ordnungsgemäßen Begründung, Durchführung oder Beendigung des Rückversicherungsvertrages werden in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form Daten aus dem Versicherungsantrag oder –verhältnis, insbesondere Versicherungsnummer, Beitrag, Art und Höhe des Versicherungsschutzes und des Risikos sowie etwaige Risikozuschläge weitergegeben.

(2) [1]Personenbezogene Daten erhalten die Rückversicherer nur, soweit dies

a) für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrages erforderlich ist oder

b) zur Sicherstellung der Erfüllbarkeit der Verpflichtungen des Unternehmens aus den Versicherungsverhältnissen erfolgt und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse der betroffenen Person dem Unternehmensinteresse entgegensteht.

[2]Dies kann der Fall sein, wenn im Rahmen des konkreten Rückversicherungsverhältnisses die Übermittlung personenbezogener Daten an Rückversicherer aus folgenden Gründen erfolgt:

a) Die Rückversicherer führen z. B. bei hohen Vertragssummen oder bei einem schwer einzustufenden Risiko im Einzelfall die Risikoprüfung und die Leistungsprüfung durch.

b) Die Rückversicherer unterstützen die Unternehmen bei der Risiko- und Schadenbeurteilung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen.

c) Die Rückversicherer erhalten zur Bestimmung des Umfangs der Rückversicherungsverträge einschließlich der Prüfung, ob und in

welcher Höhe sie an ein und demselben Risiko beteiligt sind (Kumulkontrolle) sowie zu Abrechnungszwecken Listen über den Bestand der unter die Rückversicherung fallenden Verträge.

d) Die Risiko- und Leistungsprüfung durch den Erstversicherer wird von den Rückversicherern stichprobenartig oder in Einzelfällen kontrolliert zur Prüfung ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Erstversicherer.

(3) [1]Die Unternehmen vereinbaren mit den Rückversicherern, dass personenbezogene Daten von diesen nur zu den in Absatz 2 genannten Zwecken sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistiken und wissenschaftliche Forschung) verwendet werden. [2]Außerdem vereinbaren sie, ob der Rückversicherer eine gesetzlich erforderliche Information an die betroffene Person selbst vornimmt oder ob das Unternehmen die Information des Rückversicherers an die betroffene Person weiterleitet. [3]Im Fall der Weiterleitung vereinbaren sie auch, wie die Information erfolgt. [4]Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Rückversicherer hinsichtlich der Daten, die sie nach Absatz 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Rückversicherer sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

(4) Besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, erhalten die Rückversicherer nur, wenn die Voraussetzungen des Artikels 6 dieser Verhaltensregeln erfüllt sind.

VI. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN FÜR VERTRIEBSZWECKE UND ZUR MARKT- UND MEINUNGSFORSCHUNG

Art. 18 Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung

(1) Personenbezogene Daten werden für Zwecke der Werbung nur auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 lit. a) oder f) Datenschutz-Grundverordnung und unter Beachtung von § 7 UWG verarbeitet.

(2) [1]Betroffene Personen können der Verwendung ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. [2]Die personenbezogenen Daten werden dann nicht mehr für diese Zwecke verarbeitet. [3]Das Unternehmen trifft zur Umsetzung geeignete technische und organisatorische Maßnahmen.

Art. 19 Marktumfragen

(1) Die Unternehmen führen Markt- und Meinungsumfragen unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen der betroffenen Personen durch.

(2) [1]Soweit die Unternehmen andere Stellen mit Markt- und Meinungsumfragen beauftragen, ist diese Stelle unter Nachweis der Einhaltung der Datenschutzstandards auszuwählen. [2]Vor der Datenweitergabe sind die Einzelheiten des Vorhabens vertraglich nach den Vorgaben der Artikel 21, 22 oder 22a dieser Verhaltensregeln zu regeln. [3]Dabei ist insbesondere festzulegen:

a) dass die übermittelten und zusätzlich erhobenen Daten frühestmöglich pseudonymisiert und sobald nach dem Zweck der Umfrage möglich anonymisiert werden,

b) dass die Auswertung der Daten sowie die Übermittlung der Ergebnisse der Markt- und Meinungsumfragen an die Unternehmen in möglichst anonymisierter oder in pseudonymisierter Form, wenn dies für die Zwecke erforderlich ist (z. B. Folgebefragungen), erfolgen.

(3) [1]Soweit die Unternehmen selbst personenbezogene Daten zum Zweck der Durchführung von Markt- und Meinungsumfragen verarbeiten oder nutzen, werden die Daten frühestmöglich pseudonymisiert und sobald nach dem Zweck der Umfrage möglich anonymisiert. [2]Die Ergebnisse werden ausschließlich in möglichst anonymisierter oder in pseudonymisierter Form, wenn dies für die Zwecke erforderlich ist (z. B. Folgebefragungen), gespeichert oder genutzt.

(4) Soweit im Rahmen der Markt- und Meinungsumfragen geschäftliche Handlungen vorgenommen werden, die als Werbung zu werten sind, beispielsweise wenn bei der Datenerhebung auch absatzfördernde Äußerungen erfolgen, richtet sich die Verarbeitung personenbezogener Daten dafür nach den in Artikel 18 dieser Verhaltensregeln getroffenen Regelungen.

Art. 20 Datenübermittlung an selbstständige Vermittler

(1) [1]Eine Übermittlung personenbezogener Daten erfolgt an den betreuenden Vermittler nur, soweit es zur bedarfsgerechten Vorbereitung oder Bearbeitung eines konkreten Antrags bzw. Vertrags oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten der betroffenen Personen erforderlich ist. [2]Die Vermittler werden auf ihre besonderen Verschwiegenheitspflichten hingewiesen.

(2) [1]Vor der erstmaligen Übermittlung personenbezogener Daten an einen Versicherungsvertreter oder im Falle eines Wechsels vom betreuenden Versicherungsvertreter auf einen anderen Versicherungsvertreter informiert das Unternehmen die Versicherten oder Antragsteller vorbehaltlich der Regelung des Absatz 3 möglichst frühzeitig, mindestens aber zwei Wochen vor der Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten über den bevorstehenden Datentransfer, die Identität (Name, Sitz) des neuen Versicherungsvertreters und ihr Widerspruchsrecht. [2]Die Benachrichtigung erfolgt nicht, wenn der Wechsel von der betroffenen Person selbst gewünscht ist. [3]Eine Information durch den bisherigen Versicherungsvertreter steht einer Information durch das Unternehmen gleich. [4]Im Falle eines Widerspruchs findet die Datenübermittlung grundsätzlich nicht statt. [5]In diesem Fall wird die Betreuung durch einen anderen Versicherungsvertreter oder das Unternehmen selbst angeboten.

(3) Eine Ausnahme von Absatz 2 besteht, wenn die ordnungsgemäße Betreuung der Versicherten im Einzelfall oder wegen des unerwarteten Wegfalls der Betreuung der Bestand der Vertragsverhältnisse gefährdet ist.

(4) [1]Personenbezogene Daten von Versicherten oder Antragstellern dürfen an einen Versicherungsmakler oder eine Dienstleistungsgesellschaft von Versicherungsmaklern übermittelt werden, wenn die Versicherten oder Antragsteller dem Makler dafür eine Maklervollmacht oder eine vergleichbare Bevollmächtigung erteilt haben, die die Datenübermittlung abdeckt. [2]Für den Fall des Wechsels des Maklers gilt zudem Absatz 2 entsprechend.

(5) [1]Eine Übermittlung von Gesundheitsdaten durch das Unternehmen an den betreuenden Vermittler erfolgt grundsätzlich nicht, es sei denn, es liegt eine Einwilligung der betroffenen Personen vor. [2]Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bleiben hiervon unberührt.

VII. DATENVERARBEITUNG DURCH AUFTRAGSVERARBEITER, DIENSTLEISTER UND GEMEINSAM VERANTWORTLICHE

Art. 21 Pflichten bei der Verarbeitung im Auftrag

(1) [1]Sofern ein Unternehmen personenbezogene Daten gemäß Artikel 28 Datenschutz-Grundverordnung im Auftrag verarbeiten lässt (z. B. elektronische Datenverarbeitung, Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Adressverwaltung, Antrags- und Vertragsbearbeitung, Schaden- und Leistungsbearbeitung, Sicherstellung der korrekten Verbuchung von Zahlungseingängen, Zahlungsausgang, Entsorgung von Dokumenten), wird der Auftragnehmer mindestens gemäß Art. 28 Abs. 3 Datenschutz-Grundverordnung verpflichtet. [2]Es wird nur ein solcher Auftragnehmer ausgewählt, der hinreichende Garantien dafür bietet, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die Verarbeitung im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung erfolgt und den Schutz der Rechte der betroffenen Personen gewährleistet. [3]Das Unternehmen verlangt alle erforderlichen Informationen zum Nachweis und zur Überprüfung der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen, zum Beispiel durch geeignete Zertifikate. [4]Die Ergebnisse werden dokumentiert.

(2) [1]Jede Datenverarbeitung beim Auftragsverarbeiter erfolgt nur für die Zwecke und im Rahmen der dokumentierten Weisungen des Unternehmens. [2]Vertragsklauseln sollen den Beauftragten für den Datenschutz vorgelegt werden, die bei Bedarf beratend mitwirken.

(3) [1]Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Auftragnehmer bereit. [2]Ist die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags oder werden viele verschiedene Auftragnehmer (z. B. Dienstleister zur Aktenvernichtung an verschiedenen Unternehmensstandorten oder regionale Werkstätten) mit gleichartigen Aufgaben betraut, können die Auftragsverarbeiter – unbeschadet interner Dokumentationspflichten – in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. [3]Dies gilt auch für Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden. [4]Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. [5]Werden personenbezogene Daten bei den betroffenen Personen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(4) Ein Vertrag oder ein anderes Rechtsinstrument im Sinne von Art. 28 Abs. 3 und 4 Datenschutz-Grundverordnung zur Verarbeitung im Auftrag ist schriftlich abzufassen, was auch in einem elektronischen Format erfolgen kann.

Art. 22 Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung

(1) [1]Ohne Vereinbarung einer Auftragsverarbeitung können personenbezogene Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung übermittelt und von diesen verarbeitet werden, soweit

dies für die Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses mit den Betroffenen erforderlich ist. [2]Das ist insbesondere möglich, wenn Sachverständige mit der Begutachtung eines Versicherungsfalls beauftragt sind oder wenn Dienstleister zur Ausführung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen, die eine Sachleistung beinhalten, eingeschaltet werden, z. B. Krankentransportdienstleister, Haushaltshilfen, Schlüsseldienste und ähnliche Dienstleister.

(2) [1]Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister und deren Verarbeitung zur eigenverantwortlichen Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben kann auch dann erfolgen, wenn dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des Unternehmens erforderlich ist und die schutzwürdigen Interessen der betroffenen Personen nicht überwiegen. [2]Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn Dienstleister Aufgaben übernehmen, die der Geschäftsabwicklung des Unternehmens dienen, wie beispielsweise die Risikoprüfung, Schaden- und Leistungsbearbeitung und Inkasso, sofern dies keine Auftragsverarbeitung ist und die Voraussetzungen der Absätze 4 bis 8 erfüllt sind.

(3) [1]Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister nach Absatz 2 unterbleibt, soweit die betroffene Person aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen persönlichen Situation ergeben, dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass seitens des übermittelnden Unternehmens keine zwingenden schutzwürdigen Gründe für die Verarbeitung beim Dienstleister vorliegen, die die Interessen der betroffenen Person überwiegen. [2]Die Übermittlung an den Dienstleister erfolgt trotz des Widerspruchs auch dann, wenn sie der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient. [3]Die betroffenen Personen werden in geeigneter Weise auf ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

(4) Das Unternehmen schließt mit den Dienstleistern, die nach Absatz 2 tätig werden, eine vertragliche Vereinbarung, die mindestens folgende Punkte enthalten muss:

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

(5) Diese Aufgabenauslagerungen nach Absatz 2 werden dokumentiert.

(6) [1]Unternehmen und Dienstleister vereinbaren in den Fällen des Absatzes 2 zusätzlich, dass betroffene Personen, welche durch die Übermittlung ihrer Daten an den Dienstleister oder die Verarbeitung ihrer Daten durch diesen einen Schaden erlitten haben, berechtigt sind, von beiden Parteien Schadenersatz zu verlangen. [2]Vorrangig tritt gegenüber den betroffenen Personen das Unternehmen für den Ersatz des Schadens ein. [3]Die Parteien vereinbaren, dass sie gesamtschuldnerisch haften und sie nur von der Haftung befreit werden können, wenn sie nachweisen, dass keine von ihnen für den erlittenen Schaden verantwortlich ist.

(7) [1]Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Dienstleister nach Absatz 2 bereit, an die Aufgaben im Wesentlichen übertragen werden. [2]Ist die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Vertrages, können die Dienstleister in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. [3]Dies gilt auch für Stellen, die nur einmalig tätig werden. [4]Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. [5]Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(8) Das Unternehmen stellt sicher, dass die Rechte der betroffenen Personen gemäß Artikel 23 bis 24c durch die Einschaltung des Dienstleisters nach Absatz 2 nicht geschmälert werden.

(9) Übermittlungen von personenbezogenen Daten an Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer im Rahmen von deren Aufgabenerfüllungen bleiben von den zuvor genannten Regelungen unberührt.

(10) [1]Besondere Arten personenbezogener Daten dürfen in diesem Rahmen nur verarbeitet werden, wenn die betroffenen Personen eingewilligt haben oder eine gesetzliche Grundlage vorliegt. [2]Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Dienstleister hinsichtlich der Daten, die sie nach den Absätzen 1 und 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Dienstleister sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

Art. 22a Gemeinsam verantwortliche Stellen

(1) Eine Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen kann für gemeinsame Geschäftszwecke gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nach Maßgabe des Art. 26 Datenschutz-Grundverordnung einrichten.

(2) [1]Die Unternehmen legen bei gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren mit zwei oder mehr Verantwortlichen in einer vertraglichen Vereinbarung in transparenter Form fest, wer von ihnen welche Verpflichtung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung erfüllt, insbesondere welche Stelle welche Funktionen zur Erfüllung der Rechte der betroffenen Personen übernimmt. [2]Geregelt werden auch die Verantwortlichkeiten für die Information der betroffenen Personen.

(3) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Zwecke der gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren mit den jeweils verantwortlichen Unternehmen bereit und gibt sie den betroffenen Personen in geeigneter Form bekannt.

(4) Betroffene Personen können ihre datenschutzrechtlich begründeten Rechte gegenüber jedem einzelnen Verantwortlichen geltend machen.

VIII. RECHTE DER BETROFFENEN PERSONEN

Art. 23 Auskunftsanspruch

(1) Betroffene Personen haben das Recht zu erfahren, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden und sie können Auskunft über die beim Unternehmen über sie gespeicherten Daten verlangen.

(2) Verarbeitet ein Unternehmen eine große Menge von Informationen über die betroffene Person oder wird ein Auskunftsersuchen im Hinblick auf die zu beauskunftenden personenbezogenen Daten unspezifisch gestellt, erteilt das Unternehmen zunächst Auskunft über die zur betroffenen Person gespeicherten Stammdaten sowie zusammenfassende Informationen über die Verarbeitung und bittet die betroffene Person zu präzisieren, auf welche Information oder welche Verarbeitungsvorgänge sich ihr Verlangen bezieht.

(3) [1]Der betroffenen Person wird entsprechend ihrer Anfrage Auskunft erteilt. [2]Die Auskunft wird so erteilt, dass sich die betroffene Person über Art und Umfang der Verarbeitung bewusst werden und ihre Rechtmäßigkeit überprüfen kann. [3]Es wird sichergestellt, dass die betroffene Person alle gesetzlich vorgesehenen Informationen erhält. [4]Im Falle einer (geplanten) Weitergabe wird der betroffenen Person auch über die Empfänger oder die Kategorien von Empfängern, an die ihre Daten weitergegeben werden (sollen), Auskunft erteilt.

(4) [1]Es wird sichergestellt, dass nur die berechtigte Person die Auskunft erhält. [2]Daher wird die Auskunft, auch wenn ein Bevollmächtigter sie verlangt, der betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter erteilt.

(5) [1]Eine Auskunft erfolgt schriftlich oder in anderer Form, insbesondere auch elektronisch, beispielsweise in einem Kundenportal. [2]Im Falle einer elektronischen Antragstellung werden die Informationen in einem gängigen elektronischen Format zur Verfügung gestellt. [3]Dies erfolgt nicht, wenn etwas anderes gewünscht ist oder die Authentizität des Empfängers oder die sichere Übermittlung nicht gewährleistet werden kann. [4]Sie kann auf Verlangen der betroffenen Personen auch mündlich erfolgen, aber nur sofern die Identität der betroffenen Personen nachgewiesen wurde.

(6) [1]Durch die Auskunft dürfen nicht die Rechte und Freiheiten weiterer Personen beeinträchtigt werden. [2]Geschäftsgeheimnisse des Unternehmens können berücksichtigt werden.

(7) [1]Eine Auskunft kann unterbleiben, wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden berechtigten Interesses eines Dritten geheim gehalten werden müssen oder wenn das Bekanntwerden der Information die Strafverfolgung gefährden würde. [2]Eine Auskunft unterbleibt ferner über Daten, die nur deshalb gespeichert sind, weil sie aufgrund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Aufbewahrungsvorschriften nicht gelöscht werden dürfen oder die ausschließlich Zwecken der Datensicherung oder Datenschutzkontrolle dienen, wenn die Auskunftserteilung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde sowie eine Verarbeitung zu anderen Zwecken durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen ausgeschlossen ist. [3]Ein Beispiel sind wegen Aufbewahrungspflichten in der Verarbeitung eingeschränkte Daten und zugriffsgeschützte Sicherungskopien (Backups).

(8) [1]In Fällen des Absatzes 7 werden die Gründe der Auskunftsverweigerung dokumentiert. [2]Die Ablehnung der Auskunftserteilung wird gegenüber der betroffenen Person begründet. [3]Die Begründung erfolgt nicht, soweit durch die Mitteilung der tatsächlichen oder rechtlichen Gründe für die Auskunftsverweigerung der damit verfolgte Zweck gefährdet würde, insbesondere wenn die Mitteilung der Gründe die überwiegenden berechtigten Interessen Dritter oder die Strafverfolgung beeinträchtigen würde.

(9) Im Falle einer Rückversicherung (Artikel 17), Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung (Artikel 22) oder einer Verarbeitung durch gemeinsam Verantwortliche (Artikel 22a) nimmt das Unternehmen die Auskunftsverlangen entgegen und erteilt auch alle Auskünfte, zu denen der Rückversicherer, Dienstleister oder alle Verantwortlichen verpflichtet sind oder es stellt die Auskunftserteilung durch diese sicher.

Art. 23a Recht auf Datenübertragbarkeit

(1) Die betroffene Person bekommt vom Unternehmen die von ihr bereitgestellten personenbezogenen Daten übertragen, wenn deren Verarbeitung auf ihrer Einwilligung oder auf einem Vertrag mit ihr beruht und die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt.

(2) [1]Das Recht umfasst die Daten, die die betroffene Person gegenüber dem Unternehmen angegeben oder bereitgestellt hat. [2]Das sind insbesondere die Daten, die von der betroffenen Person in Anträgen angegeben wurden, wie Name, Adresse und die zum zu versichernden Risiko erfragten Angaben sowie alle weiteren im Laufe des Versicherungsverhältnisses gemachten personenbezogenen Angaben, zum Beispiel bei Schadenmeldungen bereitgestellte Daten.

(3) Die betroffene Person erhält die Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

(4) Die betroffenen Personen können auch verlangen, dass die personenbezogenen Daten vom Unternehmen direkt an einen anderen Verantwortlichen übermittelt werden, soweit dies technisch machbar ist und die Anforderungen an die Sicherheit der Übermittlung erfüllt werden können.

(5) Die Daten werden nicht direkt einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung gestellt, wenn die Rechte und Freiheiten anderer Personen beeinträchtigt würden.

Art. 24 Anspruch auf Berichtigung

Erweisen sich die gespeicherten personenbezogenen Daten als unrichtig oder unvollständig, werden diese berichtigt.

Art. 24a Anspruch auf Einschränkung der Verarbeitung

(1) Das Unternehmen schränkt auf Verlangen der betroffenen Personen die Verarbeitung von deren Daten ein:

a) solange die Richtigkeit bestrittener Daten überprüft wird,

b) wenn die Verarbeitung unrechtmäßig ist und die betroffenen Personen die weitere Speicherung der Daten verlangen,

c) wenn das Unternehmen die personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, die betroffenen Personen sie jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder

d) wenn die betroffenen Personen der Verarbeitung widersprochen haben, solange nicht feststeht, ob die berechtigten Gründe des Unternehmens gegenüber denen der betroffenen Personen überwiegen.

(2) Machen die betroffenen Personen ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung geltend, werden die Daten währenddessen nur noch verarbeitet:

a) mit Einwilligung der betroffenen Personen,

b) zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen,

c) zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person oder

d) aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der Europäischen Union oder eines ihrer Mitgliedstaaten.

(3) Betroffene Personen, die eine Einschränkung der Verarbeitung erwirkt haben, werden vom Unternehmen unterrichtet, bevor die Einschränkung aufgehoben wird.

Art. 24b Löschung

(1) [1]Personenbezogene Daten werden unverzüglich gelöscht, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung sich auf Grund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten durch das Unternehmen zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung nicht mehr erforderlich ist. [2]Eine Löschung erfolgt auch, wenn sie zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist oder wenn die personenbezogenen Daten in Bezug auf angebotene Dienste der Informationsgesellschaft an ein Kind gemäß Art. 8 Abs. 1 der Datenschutz-Grundverordnung erhoben worden sind.

(2) [1]Die Prüfung des Datenbestandes auf die Notwendigkeit einer Löschung nach Absatz 1 erfolgt in regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich. [2]Auf Verlangen der betroffenen Person wird unverzüglich geprüft, ob die von dem Verlangen erfassten Daten zu löschen sind.

(3) [1]Eine Löschung nach Absatz 2 erfolgt nicht, soweit die Daten erforderlich sind:

a) zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung des Unternehmens, insbesondere zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten,

b) für die in Artikel 10 genannten Verarbeitungen für statistische Zwecke,

c) für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke, wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke (z. B. zur Aufarbeitung des Holocaust) oder

d) zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

[2]Eine Löschung von Daten unterbleibt auch dann, wenn die Daten nicht automatisiert verarbeitet werden, sie wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand gelöscht werden können und das Interesse der betroffenen Personen an der Löschung als gering anzusehen ist. [3]In diesem Fall oder wenn personenbezogene Daten nur noch zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten gespeichert werden müssen, wird deren Verarbeitung nach dem Grundsatz der Datenminimierung eingeschränkt.

Art. 24c Benachrichtigungen über Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung

(1) [1]Das Unternehmen benachrichtigt alle Empfänger, insbesondere Rückversicherer und Versicherungsvertreter über eine auf Verlangen der betroffenen Person erforderliche Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung oder Löschung der Daten, es sei denn, dies erweist sich als unmöglich oder ist mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. [2]Das ist zum Beispiel auch der Fall, wenn der Empfänger die Daten aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung bereits gelöscht haben muss. [3]Auf Verlangen unterrichtet das Unternehmen die betroffene Person über diese Empfänger.

(2) Soweit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten aufgrund eines Verlangens der betroffenen Personen erfolgte, werden diese nach der Ausführung hierüber unterrichtet.

(3) Sonstige Mitteilungspflichten bei Berichtigungen oder Löschungen personenbezogener Daten sowie bei Einschränkungen der Verarbeitung ohne Verlangen der betroffenen Person bleiben hiervon unberührt.

Art. 24d Frist

[1]Das Unternehmen kommt den Rechten gemäß Art. 23 bis 24b dieser Verhaltensregeln möglichst unverzüglich, jedenfalls innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags auf Ausübung des Rechts der betroffenen Person nach. [2]Die Frist kann um weitere 2 Monate verlängert werden, wenn dies unter Berücksichtigung der Komplexität und der Anzahl von Anträgen erforderlich ist. [3]In diesem Fall unterrichtet das Unternehmen die betroffene Person innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags über die Fristverlängerung und nennt die Gründe für die Verzögerung.

IX. EINHALTUNG UND KONTROLLE

Art. 25 Verantwortlichkeit

(1) Die Unternehmen gewährleisten als Verantwortliche, dass die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit beachtet werden.

(2) [1]Beschäftigte, die mit der Verarbeitung personenbezogener Daten betraut sind, werden zur Vertraulichkeit hinsichtlich personenbezogener Daten, zur Einhaltung des Datenschutzes und der diesbezüglichen Weisungen des Unternehmens sowie zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungspflichten verpflichtet. [2]Sie werden darüber unterrichtet, dass Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften auch als Ordnungswidrigkeit geahndet oder strafrechtlich verfolgt werden und

Schadensersatzansprüche nach sich ziehen können. [3]Verletzungen datenschutzrechtlicher Vorschriften durch Beschäftigte können entsprechend dem jeweils geltenden Recht arbeitsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

(3) Die Verpflichtung der Beschäftigten nach Absatz 2 Satz 1 gilt auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus.

Art. 26 Transparenz

(1) [1]Texte, die sich an betroffene Personen richten, werden informativ, transparent, verständlich und präzise sowie in klarer und einfacher Sprache formuliert. [2]Sie werden den betroffenen Personen in leicht zugänglicher Form zur Verfügung gestellt.

(2) [1]Die Unternehmen führen ein Verzeichnis über die eingesetzten Datenverarbeitungsverfahren (Verarbeitungsverzeichnis). [2]Sie machen es den Datenschutz-Aufsichtsbehörden auf Anforderung zugänglich. [3]Überdies ist das Verarbeitungsverzeichnis eine interne Grundlage der Unternehmen zur Erfüllung der Informations- und Auskunftspflichten gegenüber den betroffenen Personen.

Art. 26a Datenschutz-Folgenabschätzung

(1) Die Unternehmen prüfen insbesondere vor dem erstmaligen oder maßgeblich erweiterten Einsatz folgender Verarbeitungen die Erforderlichkeit einer Datenschutz-Folgenabschätzung:

a) Verfahren mit automatisierten Einzelentscheidungen, die sich auf Verfahren zur systematischen und umfassenden Auswertung mehrerer persönlicher Merkmale der betroffenen Personen stützen, wenn sie eine Rechtswirkung gegenüber den betroffenen Personen entfalten oder diese in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigen, wie beispielsweise Verfahren zur automatisierten Risiko- oder Leistungsprüfung.

b) Verfahren mit umfangreichen Verarbeitungen besonderer Kategorien von personenbezogenen Daten, zum Beispiel Verfahren zur Risiko- oder Leistungsprüfung in der Krankenversicherung, zur Risikoprüfung in der Lebensversicherung oder zur Leistungsprüfung in der Berufsunfähigkeitsversicherung oder

c) Verfahren zur Prämienberechnung unter Verwendung verhaltensbasierter Daten betroffener Personen (z. B. für sog. Telematiktarife in der Kraftfahrtversicherung oder mit Daten aus Wearables).

(2) [1]Die Entscheidung darüber, ob eine Datenschutzfolgenabschätzung vorgenommen wird oder nicht und die Gründe dafür werden dokumentiert. [2]Die Unternehmen stellen durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicher, dass bei der Durchführung der Datenschutz-Folgenabschätzungen der Rat der Beauftragten für den Datenschutz eingeholt wird.

Art. 27 Beauftragte für den Datenschutz

(1) [1]Die Unternehmen oder eine Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen benennen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften Beauftragte für den Datenschutz. [2]Sie sind weisungsunabhängig und überwachen die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften sowie dieser Verhaltensregeln. [3]Das Unternehmen trägt der Unabhängigkeit vertraglich Rechnung.

(2) Die Beauftragten überwachen die Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung und anderer datenschutzrechtlicher Vorschriften einschließlich der im Unternehmen bestehenden Konzepte für den Schutz personenbezogener Daten und werden zu diesem Zweck vor der Einrichtung oder nicht nur unbedeutenden Veränderung eines Verfahrens zur automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten rechtzeitig unterrichtet und wirken hieran beratend mit.

(3) [1]Dazu können sie in Abstimmung mit der jeweiligen Unternehmensleitung alle Unternehmensbereiche zu den notwendigen Datenschutzmaßnahmen veranlassen. [2]Insoweit haben sie ungehindertes Kontrollrecht im Unternehmen.

(4) Die Beauftragten für den Datenschutz unterrichten und beraten die Unternehmen und die bei der Verarbeitung personenbezogener Daten tätigen Beschäftigten über die jeweiligen besonderen Erfordernisse des Datenschutzes.

(5) [1]Daneben können sich alle betroffenen Personen jederzeit mit Anregungen, Anfragen, Auskunftsersuchen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Fragen des Datenschutzes oder der Datensicherheit auch an die Beauftragten für den Datenschutz wenden. [2]Anfragen, Ersuchen und Beschwerden werden vertraulich behandelt. [3]Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben.

(6) Die für den Datenschutz verantwortlichen Geschäftsführungen der Unternehmen unterstützen die Beauftragten für den Datenschutz bei der Ausübung ihrer Tätigkeit und arbeiten mit ihnen vertrauensvoll zusammen, um die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften und dieser Verhaltensregeln zu gewährleisten.

(7) Die Unternehmen stellen den Datenschutzbeauftragten die für die Aufgabenerfüllung und die zur Erhaltung des Fachwissens erforderlichen Ressourcen zur Verfügung.

(8) [1]Die Datenschutzbeauftragten arbeiten mit der für das Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde zusammen. [2]Sie können sich dazu jederzeit mit der jeweils zuständigen datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde vertrauensvoll beraten und stehen der Aufsichtsbehörde in allen Angelegenheiten des Datenschutzes als Ansprechpartner zur Verfügung.

Art. 28 Beschwerden und Reaktion bei Verstößen

(1) [1]Die Unternehmen werden Beschwerden von Versicherten oder sonstigen betroffenen Personen wegen Verstößen gegen datenschutzrechtliche Regelungen sowie diese Verhaltensregeln unverzüglich bearbeiten und innerhalb einer Frist von einem Monat beantworten oder einen Zwischenbescheid geben. [2]Ein Bericht über die ergriffenen Maßnahmen kann auch noch bis zu drei Monaten nach Antragstellung erteilt werden, wenn diese Fristverlängerung unter Berücksichtigung der Komplexität und der Anzahl von Anträgen erforderlich ist. [3]Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben. [4]Kann der verantwortliche Fachbereich nicht zeitnah Abhilfe schaffen, hat er sich umgehend an den Beauftragten für den Datenschutz zu wenden.

(2) Die Geschäftsführungen der Unternehmen werden bei begründeten Beschwerden so schnell wie möglich Abhilfe schaffen.

(3) [1]Sollte dies einmal nicht der Fall sein, können sich die Beauftragten für den Datenschutz an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden. [2]Sie teilen dies den betroffenen Personen unter Benennung der zuständigen Aufsichtsbehörde mit.

Art. 29 Meldung von Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten

(1) [1]Im Falle einer Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten, z. B. wenn sie unrechtmäßig übermittelt worden oder Dritten unrechtmäßig zur Kenntnis gelangt sind, informieren die Unternehmen unverzüglich und möglichst binnen 72 Stunden, nachdem ihnen die Verletzung bekannt wurde, die zuständige Aufsichtsbehörde, es sei denn, die Verletzung führt voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen. [2]Risiken für die Rechte und Freiheiten betroffener Personen bestehen insbesondere dann, wenn zu befürchten ist, dass die Verletzung zu einem Identitätsdiebstahl, einem finanziellen Verlust oder einer Rufschädigung führt.

(2) [1]Das Unternehmen dokumentiert Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten einschließlich aller im Zusammenhang damit stehenden Fakten, Auswirkungen und ergriffenen Abhilfemaßnahmen. [2]Diese Dokumentation ermöglicht der Aufsichtsbehörde die Überprüfung der Einhaltung der Bestimmungen dieses Artikels.

(3) [1]Die betroffenen Personen werden benachrichtigt, wenn die Datenschutzverletzung voraussichtlich ein hohes Risiko für ihre persönlichen Rechte und Freiheiten zur Folge hat. [2]Dies erfolgt unverzüglich. [3]Dabei wird entsprechend der Gefahrenlage entschieden, ob zunächst Maßnahmen zur Sicherung der Daten oder zur Verhinderung künftiger Verletzungen ergriffen werden. [4]Würde eine Benachrichtigung unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, z. B. wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle oder wenn eine Feststellung der betroffenen Personen nicht in vertretbarer Zeit oder mit vertretbarem technischem Aufwand möglich ist, tritt an ihre Stelle eine Information der Öffentlichkeit.

(4) [1]Die Benachrichtigung der betroffenen Personen unterbleibt, wenn der Verantwortliche durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt hat, dass das hohe Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht oder nicht mehr besteht. [2]Die Benachrichtigung der betroffenen Personen unterbleibt auch, soweit durch die Benachrichtigung Informationen offenbart würden, die nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen der überwiegenden berechtigten Interessen eines Dritten, geheim gehalten werden müssen, es sei denn, dass die Interessen der betroffenen Personen an der Benachrichtigung, insbesondere unter Berücksichtigung drohender Schäden, gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse überwiegen.

(5) Die Benachrichtigung der betroffenen Personen beschreibt in klarer einfacher Sprache die Art der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten und enthält zumindest:

a) den Namen und die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten oder einer sonstigen Anlaufstelle für weitere Informationen,

b) eine Beschreibung der wahrscheinlichen Folgen der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten,

c) eine Beschreibung der vom Unternehmen ergriffenen oder vorgeschlagenen Maßnahmen zur Behebung der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten und gegebenenfalls Maßnahmen zur Abmilderung ihrer möglichen nachteiligen Auswirkungen.

(6) Die Unternehmen verpflichten ihre Auftragsverarbeiter, sie unverzüglich über Vorfälle nach Absatz 1 bei diesen zu unterrichten.

(7) [1]Die Unternehmen erstellen ein Konzept für den Umgang mit Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten. [2]Sie stellen sicher, dass alle Verletzungen den betrieblichen Datenschutzbeauftragten zur Kenntnis gelangen. [3]Die betrieblichen Datenschutzbeauftragten berichten unmittelbar der höchsten Managementebene des Unternehmens.

X. FORMALIA

Art. 30 Beitritt

(1) [1]Die Unternehmen, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind, verpflichten sich zu deren Einhaltung ab dem Zeitpunkt des Beitritts. [2]Der Beitritt der Unternehmen wird vom GDV dokumentiert und in geeigneter Form bekanntgegeben.

(2) Versicherungsnehmer, deren Verträge vor dem Beitritt des Unternehmens zu diesen Verhaltensregeln bereits bestanden, werden über den Beitritt zu diesen Verhaltensregeln über den Internetauftritt des Unternehmens sowie spätestens mit der nächsten Vertragspost in Textform informiert.

(3) [1]Hat ein Unternehmen seinen Beitritt zu diesen Verhaltensregeln erklärt, ist die jeweils gültige Fassung wirksam. [2]Eine Rücknahme des Beitritts ist jederzeit möglich durch Erklärung gegenüber dem GDV. [3]Wenn ein Unternehmen die Rücknahme des Beitritts erklärt, wird dies durch die Löschung des Unternehmens in der Beitrittsliste vom GDV dokumentiert und in Form einer aktualisierten Beitrittsliste in geeigneter Weise bekannt gegeben. [4]Das Unternehmen wird zudem die für das Unternehmen zuständige Datenschutzbehörde und die Versicherten über die Rücknahme informieren.

Art. 31 Evaluierung

Diese Verhaltensregeln werden bei jeder ihren Regelungsgehalt betreffenden Rechtsänderung in Bezug auf diese, spätestens aber drei Jahre nach Anwendungebeginn der DatenschutzGrundverordnung insgesamt evaluiert.

Art. 32 Inkrafttreten

Diese Fassung der Verhaltensregeln gilt ab dem 1. August 2018 und ersetzt die Fassung vom 7. September 2012.

Übersicht der Dienstleister der Generali Deutschland Lebensversicherung AG

gemäß Art. 21 und 22 der Verhaltensregeln zum Umgang mit personenbezogenen Daten

Die Liste der Dienstleister gibt Ihnen einen Einblick, mit welchen Dienstleistern wir zusammenarbeiten. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich nur im Einzelfall und bei Bedarf unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen an einzelne Dienstleister übermittelt. Dienstleister, die nur einmalig für uns tätig werden oder bei denen die Datenverarbeitung nicht Hauptgegenstand des Vertrages ist, werden in Kategorien genannt.

Dienstleister, die für uns im Einzelfall Ihre Gesundheitsdaten und weitere gesetzlich geschützte Daten verarbeiten, sind in einer separaten Übersicht benannt.

Dienstleister, die im Wege der **Auftragsverarbeitung** für uns tätig sind:

Auftraggeber	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	ATLAS Dienstleistungen für Vermögensberatung GmbH	– Dienstleistungen, z. B. Antragserfassung, Provisionsverteilung, Abrechnung für die Deutsche Vermögensberatung, IT-Betreuung
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Deutsche Bausparkasse Badenia AG	– Immobilienkredite – Sicherungsvermögen – Darlehensgeschäft
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	European Bank for Fund Services GmbH	– Depotführung
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	GDV Dienstleistungs-GmbH	– Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten sowie – unterstützende Tätigkeit im Rahmen des Unfallmeldedienstes
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Generali Deutschland Services GmbH	– Abwicklung Zahlungsverkehr – Druck, Versand und Logistik einschließlich Scannen der Eingangspost – Schriftverkehr mit Kunden und Vertriebspartnern – Unterstützung beim Kundenservice
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Generali Informatik Services GmbH Generali Shared Services S.c.a.r.l., Zweigniederlassung Deutschland Diverse IT-Dienstleister	Erbringung von IT- und Telekommunikations-Leistungen, u. a. – Bereitstellung von Hard- und Software – Betrieb eines Rechenzentrums – Netzwerk-Betrieb – Telekommunikation – Beratung und Unterstützung
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	VVS Vertriebsservice für Vermögensberatung GmbH	– Vertriebsunterstützung und Verkaufsförderung
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Adressermittler	– Berichtigung Adressbestände
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Akten- und Datenvernichter	– Entsorgung von Akten und Datenträgern
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	IT- und Telekommunikationsunternehmen, IT-Berater	– IT- und Telekommunikations-Leistungen – Beratung
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Letter-Shops, Post- und Paketdienste, Druckereien	– Serienbrief-Erstellung – Druck und Versand
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	– Kundenzufriedenheitsbefragungen – Markt- und Meinungsforschung – Marketingaktivitäten
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Übersetzer	– Übersetzungen
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Wirtschaftsauskunfteien	– Einholung von Auskünften bei Antragstellung und bei der Leistungsbearbeitung

Dienstleister, die im Wege der **Funktionsübertragung*** für uns tätig sind:

Auftraggeber Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/ Zweck der Funktionsübertragung
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Beratungsunternehmen	– Unternehmensberatung
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Generali Deutschland AG	Erbringung von Leistungen, u. a. – Konzernrevision – Recht und Datenschutzbeauftragter – Kundenmanagement und -marketing – fachliche Systementwicklung – Controlling – Rechnungswesen
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer und allgemeine Gutachter/ Sachverständige	– (Sachverständigen-)Gutachten bei Antragsstellung, im Leistungsfall – medizinische Untersuchungen
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Inkasso-Unternehmen	– Forderungseinzug
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Rechtsanwälte	– anwaltliche Leistungen
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Reha-Dienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen, Krankenhäuser, Mobilitätsdienstleister	– Assistance-Leistungen
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Wirtschaftsprüfer	– Buchprüfung
Generali Deutschland Lebensversicherung AG	Europ Assistance Service GmbH	– Vermittlung von Dienstleistungen in Zusammenhang mit Pflegefällen

* Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an die in der Liste genannten Dienstleister unterbleibt, sofern Sie dieser widersprechen und eine Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegt.

Gemeinsame Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Konzerngesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken Ihre Stammdaten (z. B. Name und Anschrift) verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen (Art. 9 der Verhaltensregeln zum Umgang mit personenbezogenen Daten):

– Advocard Rechtsschutzversicherung AG
– Deutsche Bausparkasse Badenia AG
– ENVIVAS Krankenversicherung AG
– Europ Assistance Service GmbH
– Generali Deutschland Gesellschaft für bAV mbH
– Generali Deutschland Informatik Services GmbH
– Generali Deutschland Krankenversicherung AG
– Generali Deutschland Pensor Pensionsfonds AG
– Generali Deutschland Pensionskasse AG
– Generali Deutschland Services GmbH
– Generali Deutschland SicherungsManagement GmbH
– Generali Deutschland Versicherung AG
– Generali Pensionsfonds AG
– Generali Pensions- und SicherungsManagement GmbH
– Generali Treuhand e. V.
– Generali Unterstützungskasse e. V.

Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung
Liste der Dienstleister

Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG arbeitet unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen/Personen) zusammen:

Unternehmen/Dienstleister	Übertragene Aufgaben
ATLAS Dienstleistungen für Vermögensberatung GmbH	– Dienstleistungen, z. B. Antragserfassung , Provisionsverteilung, Abrechnung für die Deutsche Vermögensberatung, IT-Betreuung
Deutsche Bausparkasse Badenia AG	– Immobilienkredite – Sicherungsvermögen – Darlehensgeschäft
Europ Assistance Service GmbH	– Vermittlung von Dienstleistungen in Zusammenhang mit Pflegefällen
GDV Dienstleistungs-GmbH	– Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten – unterstützende Tätigkeit im Rahmen des Unfallmeldedienstes
Generali Deutschland AG	Erbringung von Leistungen, u. a. – Konzernrevision – Recht und Datenschutzbeauftragter – Kundenmanagement & -marketing – Fachliche Systementwicklung – Controlling – Rechnungswesen
Generali Deutschland Gesellschaft für bAV mbH	– Betriebliche Altersversorgung, z. B. versicherungsmathematische Gutachten zu Pensionszusagen, Ausarbeitung Versorgungs-ordnungen
Generali Deutschland Informatik Services GmbH Generali Shared Services S.c.a.r.l., Zweigniederlassung Deutschland Diverse IT-Dienstleister	Erbringung von IT- und Telekommunikations-Leistungen, u. a. – Bereitstellung von Hard- und Software – Betrieb eines Rechenzentrums – Netzwerk-Betrieb – Telekommunikation – Beratung und Unterstützung
Generali Deutschland Krankenversicherung AG	– Leistungsbearbeitung bei Krankentagegeld
Generali Deutschland Services GmbH	– Abwicklung Zahlungsverkehr – Druck, Versand und Logistik einschließlich Scannen der Eingangs-post – Schriftverkehr mit Kunden und Vertriebspartnern – Unterstützung beim Kundenservice
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)	– Führen von Branchenstatistiken
VVS Vertriebsservice für Vermögensberatung GmbH	– Vertriebsunterstützung und Verkaufsförderung
Nicht zum Konzern gehörende Versicherungsunternehmen	– Konsortialgeschäft federführend und nicht-federführend – im Rahmen des Übertragungsabkommens bAV – im Rahmen des Versorgungsausgleichs

Darüber hinaus arbeitet die Generali Deutschland Lebensversicherung AG mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen	Tätigkeiten
Adressermittler	– Berichtigung Adressbestände
Akten- und Datenvernichter	– Entsorgung von Akten und Datenträgern
Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer und allgemeine Gutachter/Sachverständige	– (Sachverständigen-)Gutachten bei Antragstellung, im Leistungsfall – medizinische Untersuchungen
Behörden, z. B. Gericht, Finanzamt	– Verfahren im Rahmen des Versorgungsausgleichs – Abführung von Kapitalertragsteuer – Bearbeitung von Rentenbezugsmitteilungen
Beratungsunternehmen	– Unternehmensberatung
IT- und Telekommunikations-Unternehmen, IT-Berater	– IT- und Telekommunikationsdienstleistungen – Beratung
Letter-Shops, Post- und Paketdienste, Druckereien	– Serienbrief-Erstellung – Druck und Versand
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	– Kundenzufriedenheitsbefragungen – Markt- und Meinungsforschung – Marketingaktivitäten
Rechtsanwälte	– Anwaltliche Leistungen
Reha-Dienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen, Krankenhäuser, Mobilitätsdienstleister	– Assistance-Leistungen
Übersetzer	– Übersetzungen
Wirtschaftsauskunfteien	– Einholung von Auskünften bei Antragstellung und bei der Leistungsbearbeitung
Wirtschaftsprüfer	– Buchführung