

Kundeninformationen für eine KlassikRente

der Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
(RC 30 Stand 01.01.2022)

Inhaltsverzeichnis

- Allgemeine Bedingungen für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept
- Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept (zusätzliche Angaben)
- Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit erweitertem Leistungsumfang
- Besondere Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung (Pflegebaustein)
- Besondere Bedingungen für die Risiko-Zusatzversicherung
- Besondere Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung
- Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit
- Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option
- Besondere Bedingungen für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung
- Welche Steuerregelungen gelten für die private (auch fondsgebundene) Rentenversicherung?
- Welche Steuerregelungen gelten für betrieblich veranlasste Lebens- und Rentenversicherungen, die keine Direktversicherungen sind, insbesondere also für Rückdeckungsversicherungen?
- Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept

Allgemeine Bedingungen für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept

(Stand 01.01.2022)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhalt

Erläuterung einiger Begriffe

Leistungen und Versicherungsschutz

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie ermittelt sich das Vertragsguthaben?	§ 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 3
Wer erhält die Leistungen?	§ 4
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 5
Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?	§ 6

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

Wann können Sie eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen?	§ 7
Wann können Sie eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit beantragen?	§ 8
Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie vor Beginn der Rentenzahlung?	§ 9
Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie zu Beginn der Rentenzahlung?	§ 10
Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Beginn der Rentenzahlung?	§ 11

Beitragszahlung

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§ 12
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 13

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, und welche Leistungen erbringen wir?	§ 14
Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder die Beitragszahlung unterbrechen (Stundung der Beiträge), und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?	§ 15

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Gebühren

Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?	§ 16
Welche Gebühren und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?	§ 17

Ihre Pflichten

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 18
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 19
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?	§ 20
Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	§ 21

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen des Provinzial-Sicherungsfonds?	§ 22
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 23
Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?	§ 24
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 25
Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen?	§ 26
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 27
Was ist bei einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit zu beachten?	§ 28
Wann können wir diese Bedingungen anpassen?	§ 29

Erläuterung einiger Begriffe

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen unterstrichen.

Abrufphase ist der Zeitraum, in dem Sie eine Rentenzahlung oder eine Kapitalabfindung bereits vor dem vertraglich vereinbarten Beginn der Rentenzahlung verlangen können.

Anteilswert entspricht dem von der Kapitalanlagegesellschaft veröffentlichten jeweiligen Rücknahmepreis ohne Ausgabeaufschlag.

Auszahlungsphase beginnt mit der ersten Zahlung der lebenslangen Leibrente.

Börsentag ist ein Tag, an dem Handel an einer spezifischen Börse stattfindet. Nähere Hinweise zu den für Ihren Vertrag zutreffenden Börsentagen finden Sie im Verkaufsprospekt.

Deckungskapital ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete und für die vereinbarte Leistung angesparte Kapital.

Folgebeiträge sind die nach der ersten Beitragsfälligkeit zu zahlenden Beiträge.

Fondsguthaben ist die Summe aller Ihrem Vertrag zugeordneten Anteile des Provinzial-Sicherungsfonds, multipliziert mit den jeweils maßgeblichen Anteilswerten des Fonds.

Konventionelles Teildeckungskapital ist mit einer garantierten Verzinsung angelegtes Vermögen.

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten.

Rechnungsmäßiges Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Rentengarantiezeit ist ein Zeitraum, für den die vereinbarte Rente ab Rentenbeginn gezahlt wird, unabhängig davon, ob die versicherte Person noch lebt.

Rückkaufswert bezeichnet einen Betrag, der aufgrund einer Kündigung des Vertrages anfällt.

Sicherungszeitraum ist der Zeitabschnitt, innerhalb dessen der Provinzial-Sicherungsfonds garantiert, dass das in ihn investierte Guthaben höchstens um einen bestimmten Anteil fallen kann. Er umfasst einen Monat.

Sterbetafel beinhaltet die Sterbewahrscheinlichkeiten, die zur Berechnung des Tarifs verwendet werden.

Teildeckungskapital des Provinzial-Sicherungsfonds sind die Ihrem Vertrag zugeordneten Fondsanteile des Provinzial-Sicherungsfonds multipliziert mit seinem Anteilswert.

Textform ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes, Telefaxes oder einer ausdrückbaren E-Mail abgegeben wird.

Versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird.

Versicherungsmonat beginnt am Monatsersten um 12 Uhr und endet am folgenden Monatsersten um 12 Uhr.

Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Zusatzkapital ist ein konventionell geführtes Deckungskapital mit einer garantierten Verzinsung.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen ab Beginn der Rentenzahlung

- (1) Wenn die versicherte Person den vereinbarten Beginn der Rentenzahlung erlebt, zahlen wir eine der Höhe nach ab diesem Zeitpunkt vereinbarte Rente (siehe Absätze 3 und 4), solange die versicherte Person lebt. Erreicht diese Rente den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" nicht, zahlen wir eine Kapitalabfindung entsprechend Absatz 7.

Wir zahlen die jeweilige Rente je nach vereinbarter Rentenzahlungsweise jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Vorzeitige Rentenzahlung in der Abrufphase

- (2) Sie können jedoch bereits während der im Versicherungsschein genannten Abrufphase zu jedem Monatsersten vorzeitig die Rentenzahlung abrufen. In diesem Fall zahlen wir die nach den Absätzen 3 und 4 berechnete Rente erstmals zum Abruftermin, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt. Der Antrag auf Abruf der vorzeitigen Rentenzahlung muss spätestens einen Monat vor dem Abruftermin bei uns eingegangen sein. Andernfalls beginnt die Rentenzahlung erst am folgenden Monatsersten.

Höhe der lebenslangen Rente

- (3) Die Höhe der Rente berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zu Beginn der Auszahlungsphase aus:
- dem zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Vertragsguthaben (siehe Absatz 5)
 - und
 - den zu diesem Zeitpunkt maßgebenden Rechnungsgrundlagen (siehe Absatz 13).

Garantierte Rente

- (4) Wenn die zu Beginn der Auszahlungsphase berechnete Rente (siehe Absatz 3) geringer ist als die im Versicherungsschein zu den jeweiligen Jahrestagen angegebene garantierte Rente, zahlen wir die garantierte Rente. Diese berechnen wir mit den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen (siehe Absatz 12). Wenn Sie die Rente in der Abrufphase nicht zu einem Jahrestag abrufen, berechnen wir die garantierte Rente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zu diesem Termin.

Höhe des Vertragsguthabens

- (5) Die Höhe der Leistungen vor und bei Beginn der Rentenzahlung ist vom vorhandenen Vertragsguthaben abhängig. Das Vertragsguthaben ist die Summe aus:
- dem Teildeckungskapital der garantierten Kapitalabfindung,
 - dem Teildeckungskapital des Zusatzkapitals (siehe § 2 Absätze 2 und 3)
 - und
 - dem Wert des Teildeckungskapitals des Provinzial-Sicherungsfonds (siehe § 2 Absätze 2 und 4), das nicht zur Sicherstellung der garantierten Kapitalabfindung benötigt wird.

Zur Sicherstellung der garantierten Kapitalabfindung legen wir im Wege eines der Aufsichtsbehörde gemäß § 143 VAG angezeigten versicherungsmathematischen Umschichtungsverfahrens (siehe § 2 Absatz 2) Beitragsteile in einem Sondervermögen (Anlagestock) an. Der Anlagestock besteht aus Anteilen des Provinzial-Sicherungsfonds (siehe § 2 Absatz 2) und wird gesondert von unserem sonstigen Vermögen angelegt.

Garantierte Kapitalabfindung

- (6) Mindestens steht die zu den jeweiligen Terminen im Versicherungsschein angegebene garantierte Kapitalabfindung zur Verfügung.

Kapitalabfindung

- (7) Zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung oder zu einem Abruftermin in der Abrufphase können Sie anstelle der Rentenzahlung die Auszahlung des zu Beginn der Rentenzahlung zur Verfügung stehenden Vertragsguthabens (siehe Absatz 5) verlangen, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt. Der Antrag auf Kapitalabfindung muss uns mindestens einen Monat vor Beginn der Rentenzahlung zugegangen sein.

Rentensteigerung

- (8) Wenn Sie eine Steigerung der Renten nach Beginn der Rentenzahlung vereinbart haben, erhöht sich die Rente jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des zweiten Jahres der Rentenzahlung.

Unsere Leistungen bei Tod der versicherten Person

- (9) Wenn die versicherte Person vor dem Beginn der Rentenzahlung stirbt, zahlen wir das Vertragsguthaben und der Vertrag endet. Die konventionellen Teildeckungskapitalien mit garantierter Verzinsung ermitteln wir zum Ende des Versicherungsmonats, in dem der Todesfall eingetreten ist. Den Wert des Teildeckungskapitals des Provinzial-Sicherungsfonds ermitteln wir zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalles. Für die Feststellung der Anzahl der Fondsanteile ist der Todestag maßgeblich.
- (10) Wenn die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung stirbt, zahlen wir die vereinbarte Rente bis zum Ende der Rentengarantiezeit. Ist keine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung eingeschlossen, können Sie anstelle der Rentenzahlung eine Abfindung der noch ausstehenden vereinbarten Renten aus der restlichen Rentengarantiezeit verlangen. Die Rentengarantiezeit beginnt mit Fälligkeit der ersten Rente. Ist die Rentengarantiezeit bereits abgelaufen oder haben Sie keine Rentengarantiezeit vereinbart, erbringen wir bei Tod der versicherten Person keine Leistung und der Vertrag endet.

Ergänzende Regelung für die Rückdeckungsversicherungen zu einer Unterstützungskassenversorgung

- (11) Wenn bei Tod der versicherten Person keine Hinterbliebenen im Sinne der Versorgungszusage der ÖBAV Unterstützungskasse e. V. vorhanden sind, ist die Todesfallleistung auf das Sterbegeld nach §§ 2 und 3 Körperschafts-Durchführungsverordnung (derzeit 7.669,- EUR) begrenzt.

Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss

- (12) Die bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der garantierten Rente sind der Rechnungszins in Höhe von 0,25 % und eine aus der Sterbetafel DAV 2004R abgeleitete geschlechtsneutrale Sterbetafel sowie die tariflichen Kosten.

Rechnungsgrundlagen bei Rentenbeginn

- (13) **Maßgebende Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der lebenslangen Rente sind die Rechnungsgrundlagen, die zu Beginn der Rentenzahlung für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung zugrunde liegen (z.B. Sterbetafel, Rechnungszins).**

Wenn wir zu Beginn der Rentenzahlung für den Neuzugang keine sofort beginnenden Rentenversicherungen anbieten, werden wir nach den dann gültigen Rechtsvorschriften und nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechende Rechnungsgrundlagen zur Verfügung stellen (z. B. auf Basis der von der Deutschen Aktuarvereinigung herausgegebenen Rechnungsgrundlagen).

§ 2 Wie ermittelt sich das Vertragsguthaben?

Verwendung der Beiträge

- (1) Ihre Beiträge führen wir nach Abzug der für die Beitragskalkulation tariflich festgelegten Vertriebskosten und beitragsabhängigen Verwaltungskosten zum Zeitpunkt der Fälligkeit dem Vertragsguthaben zu. Die Zuführung erfolgt vor Durchführung des Umschichtungsverfahrens (siehe Absatz 2). Die für die Beitragskalkulation tariflich festgelegten Abschlusskosten entnehmen wir dem Vertragsguthaben. Bei einer Versicherung mit laufender Beitragszahlung entnehmen wir sie monatlich gleichmäßig für die Dauer von 5 Versicherungsjahren, längstens bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung. Bei einer Versicherung mit Einmalbeitrag entnehmen wir die Abschlusskosten dem Einmalbeitrag. Die tariflich festgelegten - von der Höhe des Vertragsguthabens abhängigen - Verwaltungskosten entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats dem Vertragsguthaben.

Alternatives Garantiekonzept

- (2) Die garantierte Kapitalabfindung wird durch konventionelle Teildeckungskapitalien mit garantierter Verzinsung und das Teildeckungskapital des Provinzial-Sicherungsfonds sichergestellt. Innerhalb der Teildeckungskapitalien erfolgt monatlich die Aufteilung in der Weise, dass die garantierte Kapitalabfindung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen dauerhaft sichergestellt ist.

Die Aufteilung ist z. B. abhängig vom Vertragsguthaben, der verbleibenden Zeit bis zum vereinbarten Rentenbeginn und insbesondere von der Kursentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds. Der Provinzial-Sicherungsfonds ist ein spezieller, auf diese Rentenversicherung zugeschnittener Fonds, der zur Sicherstellung der von der Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft gegebenen Garantie dient. Der Provinzial-Sicherungsfonds garantiert, dass das in ihn investierte Guthaben innerhalb eines Sicherungszeitraums höchstens um einen bestimmten Anteil fallen kann. Der Sicherungszeitraum umfasst jeweils einen Monat.

Die Entwicklung des Vertragsguthabens, insbesondere die Kursentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds, kann im Rahmen des alternativen Garantiekonzeptes dazu führen, dass im konventionellen Teildeckungskapital mit garantierter Verzinsung bzw. im Teildeckungskapital des Provinzial-Sicherungsfonds Guthaben vorhanden ist, das nicht mehr zur Sicherstellung der garantierten Kapitalabfindung benötigt wird. Dieses Guthaben wird dem Zusatzkapital (siehe Absatz 3) zugeführt und erhöht die Kapitalabfindung zum Rentenbeginn um den zugeführten Betrag. Das Zusatzkapital führen wir in unserem Sicherungsvermögen.

Zusatzkapital

- (3) **Das Zusatzkapital ist ein konventionell geführtes Deckungskapital mit einer garantierten Verzinsung. Diese ist so festgesetzt, dass nach Entnahme der Verwaltungskosten und nach erfolgter Verzinsung das Zusatzkapital genauso hoch ist wie vor der Entnahme (Beispiel: Werden dem Zusatzkapital 100 Euro zugeführt, so steht dieser Betrag als Leistung aus dem Zusatzkapital zu jedem Fälligkeitstermin - insbesondere zum Rentenbeginn - zur Verfügung).**

Wertermittlung des Provinzial-Sicherungsfonds

- (4) Der Wert des Teildeckungskapitals des Provinzial-Sicherungsfonds ergibt sich durch Multiplikation der Anzahl der Fondsanteile mit dem Wert eines Fondsanteils. Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des

Provinzial-Sicherungsfonds. Werden Euro-Beträge dem Fondsguthaben zugeführt bzw. entnommen, wird bei der Umrechnung der Euro-Beträge in Fondsanteile bzw. umgekehrt der Anteilswert der Fondsanteile zugrunde gelegt. Dabei ist für die Bewertung der Börsentag maßgebend, der mit dem jeweiligen Zeitpunkt der Zuführung zum Fondsguthaben bzw. der Entnahme aus dem Fondsguthaben zusammenfällt oder ihm folgt.

Risiken der Fondsentwicklung

- (5) Sie haben vor Beginn der Rentenzahlung die Chance, bei Kurssteigerungen der Anteile des Provinzial-Sicherungsfonds einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Da die Wertentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds nicht vorauszusehen ist, können wir vor Beginn der Rentenzahlung nur die garantierte Rente (siehe § 1 Absatz 4) bzw. die garantierte Kapitalabfindung (siehe § 1 Absatz 7) zusichern.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Ein wichtiger Einflussfaktor für den Gesamtertrag des Vertrages vor Beginn der Rentenzahlung ist die Wertentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds, an der Sie unmittelbar beteiligt sind. Darüber hinaus erhält Ihr Vertrag eine Überschussbeteiligung. Diese richtet sich nach § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in der jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltenden Fassung. Die Überschussbeteiligung umfasst nach der derzeitigen Fassung des § 153 VVG eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrages erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4).

- (2) **Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung in ihrer Gesamtheit?**

Wir informieren Sie

- 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 die Verträge 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 Verträge insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die zur Finanzierung der vereinbarten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung. Wenn die Nettoerträge nach Satz 1 nicht für die Finanzierung der vereinbarten Leistungen ausreichen, verrechnen wir den Unterschiedsbetrag - soweit möglich - mit der Mindestzuführung aus dem Risikoergebnis (bb) und dem übrigen Ergebnis (cc).

(bb) Risikoergebnis

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die tatsächliche Lebensdauer der Versicherten kürzer ist, als die bei der Beitragskalkulation zugrunde gelegte. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Verträge an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines ggf. vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Verträge 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 Beitragskalkulation angenommen. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines ggf. vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

- (b) Die auf die Verträge entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut (Direktgutschrift).

Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Verträge verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. (Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 Absatz 3 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.)

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung 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 ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu (siehe Absatz 3c).

Die Höhe dieser Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich auch

- für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages vor Rentenzahlungsbeginn,
- für den Beginn der Rentenzahlung sowie
- während der Rentenzahlung jeweils für das Ende eines Versicherungsjahres.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

- (a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z.B. Rentenversicherungen, Risikoversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Innerhalb der Bestandsgruppen haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien Untergruppen gebildet; diese werden Überschussverbände genannt. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar so, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben. Wenn eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat, weisen wir ihr keine Überschüsse zu.
- (b) Ihre Versicherung gehört vor Beginn der Rentenzahlung in der Regel zum Überschussverband Rentenversicherungen mit alternativem Garantiekonzept (Tarifwerk 2022) in der Bestandsgruppe Fondsgebundene Lebensversicherungen. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung Ihrer Versicherung jedoch ein R oder G, so gehört ihre Versicherung zum Überschussverband Gruppen-Rentenversicherungen mit alternativem Garantiekonzept (Tarifwerk 2022) in der Bestandsgruppe Fondsgebundene Lebensversicherungen.

Ab Rentenbeginn wird die Versicherung in der Regel dem Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen zugeordnet, der zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung gilt. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung der Versicherung jedoch ein R oder G, erfolgt die Einordnung in den Überschussverband entsprechend dem Neuzugang an Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung mit demselben bzw. einem diesem entsprechenden Zusatz in der Bestandsgruppe Kollektiv-Rentenversicherungen.

Basiert die Verrentung Ihrer Versicherung auf der garantierten Rente, wird die Versicherung in der Regel in den Überschussverband Einzel-Rentenversicherungen (Tarifwerk 2022) in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen eingeordnet. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung der Versicherung jedoch ein R oder G, wird die Versicherung dem Überschussverband Gruppen-Rentenversicherungen (Tarifwerk 2022) in der Bestandsgruppe Kollektiv-Rentenversicherungen zugeordnet.

Die genaue Bezeichnung des Überschussverbandes werden wir Ihnen bei Beginn der Rentenzahlung mitteilen.

In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Für eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 7 bzw. eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 11 Absatz 2 gilt abweichend § 28 Absatz 3.

- (c) Bei Beendigung Ihres Vertrages vor Beginn der Rentenzahlung (durch Tod oder Kündigung) oder zu Beginn der Rentenzahlung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach der jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Auch während der Rentenzahlung beteiligen wir Ihren Vertrag entsprechend an den Bewertungsreserven. Die Zuteilung erfolgt dann jeweils zum Ende eines Versicherungsjahres sowie bei Tod, sofern dann eine Leistung fällig wird.

Gesetzliche und aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

- (d) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Beträge aus der Überschussbeteiligung ergeben sich aus den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen.

(4) 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 ist die Entwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen. Wir informieren Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung.

§ 4 Wer erhält die Leistungen?

- (1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn sie keine Bestimmung treffen, zahlen wir die Leistung an Sie.

Bezugsberechtigung

- (2) 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. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

- (3) 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.

Anzeige

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

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrages in Textform oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung kein Versicherungsschutz. Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) zu zahlen (vgl. § 12 Absatz 3). Wenn der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt ist, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet (vgl. § 13 Absatz 3).

§ 6 Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?

- (1) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns der Versicherung um 12 Uhr und endet am Jahrestag im folgenden Kalenderjahr um 12 Uhr. Ein Versicherungsjahr ist in Versicherungsperioden unterteilt.

Während der Rentenbezugszeit beginnt ein Versicherungsjahr am Jahrestag des Beginns der Rentenzahlung um 12 Uhr und endet am Jahrestag im folgenden Kalenderjahr um 12 Uhr.

- (2) Versicherungsperiode ist entsprechend der Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Dies gilt bei beitragsfreien Verträgen entsprechend. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 7 Wann können Sie eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen?

Sie können zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung oder zu einem der Abruftermine verlangen, dass wir anstelle der jeweiligen Rente eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zahlen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person

- das 62. Lebensjahr vollendet hat und
- pflegebedürftig im Sinne des § 28 Absatz 1 ist.

Wir zahlen die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit lebenslang. Die Höhe der Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit ermitteln wir aus dem Vertragsguthaben, das zum Rentenbeginn vorhanden ist. Abweichend von § 1 Absatz 3 erfolgt die Verrentung des Vertragsguthabens mit den zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an sofort beginnenden Rentenversicherungen wegen Pflegebedürftigkeit zugrunde liegenden Rechnungsgrundlagen, und unter Berücksichtigung des zu diesem Termin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person. Wenn wir zu Beginn der Rentenzahlung für den Neuzugang keine sofort beginnenden Rentenversicherungen wegen Pflegebedürftigkeit anbieten, werden wir nach den dann gültigen Rechtsvorschriften und nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechende Rechnungsgrundlagen zur Verfügung stellen. Die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit muss den Mindestbetrag, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" festgelegt ist, erreichen.

Ihre Anforderung der erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit muss uns spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung vorliegen. Ihre Mitwirkungspflichten für den Bezug der vorstehend genannten Leistungen sind in § 19 geregelt.

§ 8 Wann können Sie eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit beantragen?

Bei einer erstmals während der Versicherungsdauer festgestellten schweren Krankheit der versicherten Person können Sie zu einem Monatsersten eine Kapitalleistung verlangen. Die schweren Krankheiten sind in unseren "Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option" aufgeführt. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Kapitalleistung vor Beginn der Rentenzahlung

- (1) Tritt eine schwere Krankheit vor Beginn der Rentenzahlung ein, entspricht die vollständige Kapitalleistung der Höhe des vorhandenen Vertragsguthabens. Der Vertrag endet.

Anstelle der vollständigen Kapitalleistung können Sie auch eine Teilkapitalleistung verlangen. In diesem Fall werden die Leistungen der Hauptversicherung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herabgesetzt. Die Teilkapitalleistung können Sie nur verlangen, wenn sowohl dieser Betrag den Mindestbetrag für Teilauszahlungen nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" als auch das verbleibende Vertragsguthaben den dort aufgeführten Mindestbetrag erreichen. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen, sind nach Inanspruchnahme der Teilkapitalleistung die Beiträge in unveränderter Höhe weiter zu entrichten.

Kapitalleistung nach Beginn der Rentenzahlung

- (2) Tritt eine schwere Krankheit nach Beginn der Rentenzahlung ein, können Sie eine Kapitalleistung während der Rentengarantiezeit verlangen, sofern keine Hinterbliebenen-Zusatzversicherung eingeschlossen ist. Gleiches gilt bei einer Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr, hier jedoch längstens bis zu dem Beginn des Versicherungsjahres, in dem im Todesfall letztmalig eine Restkapitalrückgewähr erfolgt.

Für den Höchstentnahmebetrag, den Mindestentnahmebetrag und die nach Entnahme neu zu berechnende Rente gelten die Bestimmungen des § 11 Absatz 1 entsprechend.

Der Antrag auf Inanspruchnahme der Kapitalentnahme muss uns zusammen mit dem Nachweis der schweren Krankheit mindestens zwei Monate vor dem gewünschten Auszahlungstermin zugegangen sein.

Fälligkeit der Kapitalleistung

- (3) Die Kapitalleistung wird nach Ablauf einer Karenzzeit von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose fällig, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Ausnahmen sind bei einzelnen schweren Krankheiten in unseren "Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option" ausdrücklich benannt. Darüber hinaus setzt bei einigen Krankheiten der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit ein. Die Wartezeit beginnt mit Zahlung des ersten Beitrages. Der Eintritt, die Karenzzeit und die Wartezeit der versicherten schweren Krankheiten werden in unseren "Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option" definiert.

Mitwirkungspflichten

- (4) Ihre Mitwirkungspflichten für den Bezug der vorstehend genannten Leistungen sind in § 19 geregelt.

Ihr Antrag auf Inanspruchnahme der (Teil-)Kapitalleistung muss uns zusammen mit dem Nachweis der schweren Krankheit mindestens zwei Monate vor dem gewünschten Auszahlungstermin vorliegen. Anderenfalls erfolgt die Auszahlung erst zum nächsten Monatsersten nach Vorliegen aller Unterlagen.

§ 9 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie vor Beginn der Rentenzahlung?

Teilauszahlung

- (1) Sie können vor Beginn der Rentenzahlung einmal pro Kalenderjahr zu jedem Monatsersten eine Teilauszahlung verlangen, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt. Der Antrag auf Teilauszahlung muss uns mindestens zwei Monate vor diesem Termin zugegangen sein. Andernfalls erfolgt die Teilauszahlung erst zum nächsten Monatsersten.

Die Teilauszahlung entnehmen wir dem Vertragsguthaben. In diesem Fall berechnen wir die Leistungen der Hauptversicherung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu.

Eine Teilauszahlung können Sie nur verlangen, wenn sowohl die Teilauszahlung als auch das verbleibende Vertragsguthaben jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" erreichen. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen, sind nach einer Teilauszahlung die Beiträge in unveränderter Höhe weiter zu entrichten.

Vorzeitige Rentenzahlung in der Aufschubzeit

- (2) Sie können bereits vor Beginn der Abrufphase zu jedem Monatsersten unter den nachstehend genannten Voraussetzungen vorzeitig die Rentenzahlung verlangen. In diesem Fall reduzieren wir die Rente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Voraussetzung für die vorzeitige Rentenzahlung ist, dass uns Ihr Antrag auf vorzeitige Rentenzahlung spätestens zwei Monate vor dem Beginn der Rentenzahlung vorliegt und die reduzierte Rente den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" erreicht. Die Höhe der reduzierten Rente berechnen wir aus dem bei Fälligkeit der ersten vorzeitigen Rente vorhandenen Rückkaufswert und nach den in § 1 Absatz 3 genannten Grundlagen für die Ermittlung der Rente.

Die Todesfallleistung nach Beginn der vorzeitigen Rentenzahlung ist

- die ursprünglich vereinbarte Rentengarantiezeit bzw.
- das nach Tod vorhandene Kapital, wenn Sie nach § 10 Absatz 5 für den Todesfall die Restkapitalrückgewähr gewählt haben.

Zuzahlungen

- (3) Sie können bis zum Beginn der Rentenzahlung weitere Beiträge (Zuzahlungen) entrichten, sofern die Summe der auf ein Kalenderjahr entfallenden Zuzahlungen den Höchstbetrag nicht überschreitet und die einzelne Zuzahlung den Mindestbetrag nicht unterschreitet. Diese Grenzbeträge finden Sie in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängigen Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept". Für Zuzahlungen außerhalb dieser Grenze müssen wir unsere Zustimmung gesondert erklären.

Jede Zuzahlung erhöht die Leistungen der Hauptversicherung. Die Erhöhung der Leistungen erfolgt zum Ersten des Monats, der auf den Eingang der Zuzahlung folgt. Die Leistungen der Hauptversicherung berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Dabei berechnen wir die neue garantierte Rente mit den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen.

Späterer Rentenbeginn

- (4) Sie können verlangen, dass der vereinbarte - im Versicherungsschein genannte - Beginn der Rentenzahlung einmalig aufgeschoben wird. Während der Dauer dieses Aufschubs können Sie die Rente zu jedem Monatsersten abrufen. Die Beitragszahlungsdauer wird mit Ausübung dieser Option nicht verlängert. Das Recht auf Zuzahlungen bleibt erhalten. Die Höhe der Rente berechnen wir nach den in § 1 Absätze 3 und 4 genannten Grundlagen für die Ermittlung der Rente unter Berücksichtigung des zum tatsächlichen Rentenbeginn erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person neu. Die garantierte Rente berechnen wir für die jeweiligen rechnungsmäßigen Alter neu.

Voraussetzung für den späteren Beginn der Rentenzahlung ist, dass uns der Antrag auf Aufschub der Rentenzahlung spätestens einen Monat vor dem bisher vereinbarten Beginn der Rentenzahlung vorliegt und der Aufschub mindestens um ein Jahr erfolgt.

Der Aufschub gilt nicht für eingeschlossene Zusatzversicherungen.

Rentenzahlungen müssen spätestens mit dem rechnungsmäßigen Alter 85 der versicherten Person beginnen.

Guthabenschutz

- (5) Vor Beginn der Abrufphase erhalten Sie von uns ein schriftliches Angebot für den Guthabenschutz. Im Rahmen des Guthabenschutzes können Sie zu Beginn der Abrufphase einmalig verlangen, dass 75% des Kapitals des Provinzial-Sicherungsfonds, das zu diesem Zeitpunkt nicht zur Sicherstellung der Garantie genutzt wird, gesichert wird. Hierzu entnehmen wir den entsprechenden Betrag aus dem Provinzial-Sicherungsfonds und schichten ihn in das Zusatzkapital um.

§ 10 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie zu Beginn der Rentenzahlung?

Teilkapitalabfindung

- (1) Sie können verlangen, dass wir zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung oder zu einem Abruftermin in der Abrufphase eine Teilkapitalabfindung zahlen, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt. Die Teilkapitalabfindung mindert das für die Berechnung der lebenslangen Rente zur Verfügung stehende Vertragsguthaben. Die garantierte Kapitalabfindung sowie die garantierte Rente verringern sich entsprechend dem Verhältnis aus der Teilkapitalabfindung und dem Vertragsguthaben vor Teilkapitalabfindung. Eine Teilkapitalabfindung können Sie nur verlangen, wenn sowohl die Teilkapitalabfindung als auch die herabgesetzte lebenslange Rente jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" erreichen.

Ihr Antrag auf Teilkapitalabfindung muss uns spätestens zwei Monate vor dem Beginn der Rentenzahlung vorliegen.

Abgekürzte Rentenzahlung

- (2) Sie können zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung oder zu einem der Abruftermine in der Abrufphase verlangen, dass wir anstelle einer lebenslangen Rente eine im Rahmen der tariflichen Bestimmungen abgekürzte Rente zahlen. Die Höhe der abgekürzten Rente berechnen wir nach den in § 1 Absatz 3 genannten Grundlagen für die Ermittlung der Rente unter Berücksichtigung des zum tatsächlichen Rentenbeginn erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person. Die garantierte Rente entfällt. Wir zahlen die abgekürzte Rente, solange die versicherte Person lebt, längstens für die vereinbarte Rentenzahlungsdauer. Dabei kann die Rentenzahlungsweise und die Rentengarantiezeit für die abgekürzte Rente im Rahmen der tariflichen Bestimmungen neu festgelegt werden.

Wenn Sie die abgekürzte Rentenzahlung wählen, ist der Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung nicht möglich.

Ihr Antrag auf abgekürzte Rentenzahlung muss uns spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung vorliegen.

Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

- (3) Sie können bis zwei Monate vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung oder vor einem der Abruftermine verlangen, dass zum ersten Fälligkeitstag der Rente (Einschlussstermin) eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung mit einer namentlich zu nennenden Person als mitversicherte Person ohne Gesundheitsprüfung eingeschlossen wird, sofern der Einschlussstermin mindestens drei Jahre nach dem Beginn der Versicherung liegt. Für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung gelten die dann gültigen Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung und die dann gültigen Rechnungsgrundlagen. Die Altersrente berechnen wir nach den in § 1 Absatz 3 genannten Grundlagen für die Ermittlung der Rente neu. Die garantierte Rente entfällt.

Sollte vor dem Einschlussstermin die mitzuversichernde Person versterben, gilt dieses Recht als nicht ausgeübt.

Der Abruf der Rentenzahlung vor dem Einschlussstermin ist ausgeschlossen, es sei denn Sie widerrufen Ihre Entscheidung für den Einschluss der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung.

Bei Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung ist für die Zusatzversicherung kein gesonderter Beitrag zu entrichten. Die Renten berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des zum Einschlussstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Personen neu. Hierdurch vermindert sich die zu zahlende Rente. Die Hinterbliebenenrente darf die verbleibende Rente nicht überschreiten und beide Renten müssen den Mindestbetrag, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" festgelegt ist, erreichen.

Änderung der Todesfallleistung

- (4) Zu Beginn der Rentenzahlung können Sie verlangen, dass
- die vereinbarte Rentengarantiezeit verlängert, verkürzt oder ausgeschlossen wird. In diesem Fall berechnen wir die Rente unter Berücksichtigung der Vertragsänderung für diesen Rentenbeginnstermin nach den in § 1 Absätze 3 und 4 genannten Grundlagen für die Ermittlung der Rente neu.

Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr

- (5) Zu Beginn der Rentenzahlung haben Sie die Möglichkeit, für den Rentenbezug eine Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr zu wählen, wenn diese Verrentungsart zu diesem Zeitpunkt im Neugeschäft von uns angeboten wird. In diesem Fall wird bei Tod der versicherten Person nach Beginn der Rentenzahlung die Kapitalabfindung gemäß § 1 Absatz 7 abzüglich der bereits gezahlten ab Rentenbeginn vereinbarten Renten gezahlt. Die Rentengarantiezeit entfällt. Der Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung ist in diesem Fall nicht möglich.

Hybridrente

- (6) Zu Beginn der Rentenzahlung haben Sie die Möglichkeit, für den Rentenbezug eine Hybridrente zu wählen, wenn diese Verrentungsart zu diesem Zeitpunkt im Neugeschäft angeboten wird. Hierbei ermitteln wir die Höhe der Rente unter Verwendung eines geeigneten Umschichtungsverfahrens vergleichbar mit dem im § 2 Absatz 2.

§ 11 Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Beginn der Rentenzahlung?

Kapitalentnahme

- (1) Sie können während der Rentengarantiezeit zu einem Rentenzahlungstermin Kapital entnehmen, sofern keine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung eingeschlossen ist. Bei einer Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr (siehe § 10 Absatz 5) ist die Kapitalentnahme nur mit unserer Zustimmung möglich und längstens bis zu dem Beginn des Versicherungsjahres, in dem im Todesfall letztmalig eine Restkapitalrückgewähr erfolgt.

Der Höchstentnahmebetrag entspricht dem Deckungskapital für die noch nicht ausgezahlten vereinbarten Renten der restlichen Rentengarantiezeit bzw. der Todesfallleistung. Der Entnahmebetrag darf den Mindestwert der Kapitalentnahme nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängigen Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" nicht unterschreiten.

Nach einer Kapitalentnahme berechnen wir die Rente sowie die Todesfallleistung neu. Die Berechnung erfolgt

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- aus dem Ihrer Versicherung noch zur Verfügung stehenden Kapital,
- auf Basis der Rechnungsgrundlagen, die zu diesem Zeitpunkt bei der Berechnung der Deckungsrückstellung für die vereinbarte Rente zu verwenden sind und
- unter Berücksichtigung des zum Kapitalentnahmezeitpunkt erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person.

Die erste neu berechnete Rente zahlen wir zum Kapitalentnahmezeitpunkt aus. Das Recht auf Kapitalentnahme können Sie nur ausüben, wenn die sich nach der Kapitalentnahme ergebende Rente den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" nicht unterschreitet.

Ihr Antrag auf Kapitalentnahme muss uns spätestens zwei Monate vor dem Entnahmetermin vorliegen.

Rente wegen Pflegebedürftigkeit (nach Beginn der Rentenzahlung)

- (2) Wird die versicherte Person während der Rentengarantiezeit pflegebedürftig im Sinne des § 28 Absatz 1 und ist keine Hinterbliebenen-Zusatzversicherung eingeschlossen, können Sie verlangen, dass wir anstelle der Auszahlung der Kapitalentnahme (siehe Absatz 1) den Kapitalentnahmebetrag zu einem Monatsersten in eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit umwandeln. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat.

Gleiches gilt bei einer Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr, hier jedoch längstens bis zu dem Beginn des Versicherungsjahres, in dem im Todesfall letztmalig eine Restkapitalrückgewähr erfolgt.

Der Kapitalentnahmebetrag entspricht dem höchstmöglichen Entnahmebetrag der Kapitalentnahme gemäß den Bestimmungen des Absatzes 1.

Durch die Umwandlung entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten. Die Rente wegen Pflegebedürftigkeit zahlen wir lebenslang.

Die Rente wegen Pflegebedürftigkeit errechnet sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus dem Kapitalentnahmebetrag auf Basis der für unseren Neuzugang zu diesem Zeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen für die sofort beginn-

nende Rente wegen Pflegebedürftigkeit und unter Berücksichtigung des zu diesem Termin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Personen.

Die Rente wegen Pflegebedürftigkeit können Sie nur verlangen, wenn diese Rente den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" nicht unterschreitet. Abweichend von der Kapitalentnahme kann diese Option bereits nach Ablauf des ersten Monats nach Beginn der Rentenzahlung verlangt werden.

Ihr Antrag auf Zahlung einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit muss uns spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung vorliegen. Ihre Mitwirkungspflichten für den Bezug der vorstehend genannten Leistungen sind in § 19 geregelt.

Beitragszahlung

§ 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag (Einmalbeitrag) oder bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.

Heraufsetzen des Beitrags

- (2) Sie können den ursprünglich vereinbarten laufenden Beitrag bis 5 Jahre vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung - spätestens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer - jederzeit zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin im Rahmen unserer "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" heraufsetzen.

Der Beitrag zu einer etwaigen Zusatzversicherung erhöht sich entsprechend. Das Heraufsetzen des Beitrags einer Zusatzversicherung ist vom Ergebnis einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig.

Die Leistungen werden nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet.

- (3) Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Beitragszahlungsdauer endet spätestens mit Beginn der Rentenzahlung.
- (4) Die Beiträge können nur im Lastschriftverfahren gezahlt werden. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab. Zuzahlungen können nur im Lastschriftverfahren jeweils zum Monatsersten von dem uns angegebenen Konto abgebucht werden.
- (5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

- (1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe § 12 Absatz 3) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn
 - der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden konnte und
 - Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

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

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag

- (2) Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Ist der erste Beitrag oder der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform 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

- (4) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Die Nachzahlung kann nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf erfolgen. 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.

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 14 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, und welche Leistungen erbringen wir?

Nachteile einer Kündigung

- (1) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit ist das Vertragsguthaben in der Regel deutlich geringer als die Summe der gezahlten Beiträge. Das liegt zum einen an der Verrechnung der Abschlusskosten und zum anderen daran, dass dem Vertragsguthaben nur die um die Vertriebskosten sowie die beitragsabhängigen Verwaltungskosten verminderten Beitragsteile zufließen (siehe § 2 Absatz 1) und dem Vertragsguthaben die - von der Höhe des Vertragsguthabens abhängigen - Verwaltungskosten entnommen werden (siehe § 2 Absatz 1).

Auch in den Folgejahren kann das Vertragsguthaben insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds niedriger sein als die Summe der eingezahlten Beiträge.

Kündigung

- (2) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Ende des Versicherungsmonats - jedoch nur vor Beginn der Auszahlungsphase - ganz oder teilweise in Textform kündigen. Ist dieser Zeitpunkt bei Eingang des Kündigungsschreibens verstrichen oder haben Sie keinen Zeitpunkt genannt, gilt als Kündigungstermin das Ende des laufenden Versicherungsmonats.

Teilweise Kündigung

- (3) Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn das verbleibende Vertragsguthaben und der verbleibende Beitrag nicht unter den jeweiligen Mindestbetrag sinken, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" festgelegt ist. Bei einer Teilkündigung werden die garantierte Kapitalabfindung und die garantierte Rente unter Berücksichtigung des herabgesetzten Beitrages und der Teilkündigung neu berechnet.

Auszahlung nach Kündigung

- (4) Wir zahlen
- den Rückkaufswert (Absatz 5)
 - zuzüglich des Wertes aus der Überschussbeteiligung (Absatz 7) und der Vertrag endet.
- Liegt der Ausnahmefall nach Absatz 6 vor, können wir den Rückkaufswert herabsetzen.

Rückkaufswert

- (5) Der Rückkaufswert ist das Vertragsguthaben (siehe § 1 Absatz 5), mindestens aber der in der Garantiewerttabelle ausgewiesene garantierte Rückkaufswert.

Eine Stornogebühr wird nicht erhoben. Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

Herabsetzung des Rückkaufswertes im Ausnahmefall

- (6) Wir sind nach § 169 Absatz 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) Zusätzlich zahlen wir den zum Zeitpunkt der Kündigung vorhandenen Wert aus der Überschussbeteiligung gemäß den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung".
- (8) Nähere Informationen zum Rückkaufswert und seiner Höhe können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 15 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder die Beitragszahlung unterbrechen (Stundung der Beiträge), und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?

Nachteile einer Beitragsfreistellung

- (1) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit ist das Vertragsguthaben nach Beitragsfreistellung in der Regel deutlich geringer als die Summe der gezahlten Beiträge. Das liegt zum einen an der Verrechnung der Abschlusskosten und zum anderen daran, dass dem Vertragsguthaben nur die um die Vertriebskosten sowie die beitragsabhängigen Verwaltungskosten verminderten Beitragsteile zufließen (siehe § 2 Absatz 1) und dem Vertragsguthaben die - von der Höhe des Vertragsguthabens abhängigen - Verwaltungskosten entnommen werden (siehe § 2 Absatz 1). Auch in den Folgejahren kann der Wert des Vertragsguthabens nach Beitragsfreistellung insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds geringer sein als die Summe der gezahlten Beiträge.

Beitragsfreistellung

- (2) Nach § 165 VVG können Sie bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach § 14 in Textform verlangen, zum Schluss einer Versicherungsperiode vollständig von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Das Vertragsguthaben mindert sich um rückständige Beiträge.

Der Antrag auf Beitragsfreistellung muss vor dem Ende der jeweiligen Versicherungsperiode bei uns vorliegen. Anderenfalls erfolgt die Beitragsfreistellung zum nächstfolgenden Beitragsfälligkeitstermin.

Teilweise Beitragsfreistellung

- (3) Anstelle einer vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie auch eine teilweise Beitragsbefreiung verlangen.

Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn sowohl das vorhandene Vertragsguthaben als auch der verbleibende Beitrag jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" erreicht.

Auswirkungen auf die Leistungen bei vollständiger Beitragsfreistellung

- (4) Bei einer vollständigen Beitragsfreistellung setzen wir die vereinbarten Leistungen auf beitragsfreie Leistungen herab. Diese werden nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - auf der Grundlage des um rückständige Beiträge geminderten Rückkaufswertes gemäß § 14 Absatz 5,
 - zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Die beitragsfreien Leistungen entsprechen jedoch mindestens den bei Vertragsabschluss vereinbarten Beträgen, deren Höhe vom Zeitpunkt der Beitragsfreistellung des Vertrages abhängt. Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen und ihrer Höhe im Fall einer vollständigen Beitragsfreistellung können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

Sofern das nach Beitragsfreistellung vorhandene Vertragsguthaben den Mindestwert nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" nicht erreicht, erhalten Sie den Rückkaufswert nach § 14 Absatz 5 und der Vertrag endet.

Auswirkungen auf die Leistungen bei teilweiser Beitragsfreistellung

- (5) Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung setzen wir die vereinbarten Leistungen entsprechend der vollständigen Beitragsbefreiung herab. Die Höhe der herabgesetzten Leistungen hängt von der Höhe des verbleibenden Beitrags und vom Zeitpunkt der Vertragsumstellung ab. Sofern Sie eine teilweise Beitragsfreistellung wünschen, werden wir Ihnen die Höhe der herabgesetzten Leistungen auf Anfrage mitteilen.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

- (6) Innerhalb von drei Jahren nach Beitragsfreistellung können Sie verlangen, dass die Beitragsfreistellung durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung beendet wird. Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung bei eingeschlossenen Zusatzversicherungen ist von einer Risikoprüfung abhängig. Bei Beitragsfreistellung infolge Elternzeit kann die Wiederaufnahme der Beitragszahlung bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem Ende der gesetzlichen Elternzeit, spätestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren und drei Monaten, ohne Risikoprüfung erfolgen.

Die vereinbarten Leistungen berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu.

Die Beitragslücke können Sie durch Nachentrichtung der Beiträge in einem Betrag schließen.

Stundung der Beiträge

- (7) Anstelle einer Beitragsfreistellung nach Absatz 2 können Sie verlangen, dass die Beiträge während der Dauer einer nachgewiesenen Arbeitslosigkeit oder Elternzeit für maximal 24 Monate zinslos gestundet werden. Auch in anderen Fällen haben Sie das Recht auf eine Stundung der Beiträge, dann allerdings nur gegen Zahlung eines Zinses.

Voraussetzung für die Stundung der Beiträge ist, dass der garantierte Rückkaufswert mindestens 1.000 EUR höher ist als die Höhe der zu stundenden Beiträge. Beiträge für gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherungen können während der Dauer der Stundung von Ihnen weitergezahlt werden. Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

Bei Inanspruchnahme der Beitragsstundung entfällt - sofern vereinbart - eine planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen. Nach Ablauf der Beitragsstundung setzt die Beitragszahlung wieder ein. Anderenfalls erfolgt eine Beitragsfreistellung und Absatz 2 gilt sinngemäß.

Die während der Stundung der Beiträge nicht gezahlten Beiträge können durch Nachentrichtung in einem Betrag ausgeglichen oder durch eine Vertragsänderung (z. B. eine Erhöhung des Beitrags, Verringerung der garantierten Rente) verrechnet werden.

Bei Fälligkeit der Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Gebühren

§ 16 Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?

Abschlusskosten

- (1) Wenn Sie einen Versicherungsvertrag abschließen, entstehen Kosten. Zu diesen sogenannten 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. Wir haben die Kosten bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt. Sie werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Verrechnung der Abschlusskosten

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

Die restlichen Abschlusskosten werden während der Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Bei einem Einmalbeitrag werden die Abschlusskosten diesem entnommen.

Folgen der Kostenverteilung

- (3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Rente vorhanden sind (siehe §§ 14, 15). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten, den beitragsfreien Leistungen und ihren jeweiligen Höhen können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

§ 17 Welche Gebühren und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

Gebühren und Abgaben

- (1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) gesondert in Rechnung stellen. Die derzeit gültigen Gebühren können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können die Gebühren neu festlegen, wenn sich die durchschnittlich entstehenden Kosten für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand nicht nur vorübergehend geändert haben und der neu festgesetzte Betrag angemessen und erforderlich ist, um die durchschnittlich entstehenden Kosten zu decken. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.
- (2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Diesen werden wir auf Ihr Verlangen nachweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen muss, wird sie entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt sie.

- (3) Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (zum Beispiel Steuern), die für den Vertrag erhoben werden, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

Tarifabhängige Begrenzungen

- (4) Für Ihren Vertrag gelten bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils unterrichten.

Ihre Pflichten

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Bei Einschluss einer Zusatzversicherung stellen wir Ihnen vor Abschluss des Vertrages Fragen, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind (gefahrerhebliche Umstände). Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Diese Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf Fragen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Folgen der Anzeigepflichtverletzung

- (4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir nach §§ 19 bis 22 VVG verschiedene Rechte. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir
- vom Vertrag zurücktreten (Absätze 5 bis 7),
 - den Vertrag kündigen (Absätze 8 bis 10),
 - den Vertrag ändern (Absätze 11 und 12) oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (Absatz 17 bis 19)
- und wie wir diese Rechte ausüben können (Absätze 13 bis 16).

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzlich noch eine grob fahrlässig Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel: 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 für einen vor Beendigung des Vertrages eingetretenen Versicherungsfall unter folgenden Voraussetzungen trotzdem bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht ist nicht arglistig erfolgt und 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.

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir grundsätzlich den nach § 14 Absätze 5 bis 7 ermittelten Betrag, jedoch unter Berücksichtigung der vollen Abschlusskosten. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Beitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten 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. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.
- (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 mit der Kündigung in einen beitragsfreien Vertrag um (siehe § 15).

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 weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode anzupassen.
- (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
 - den Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.
- Auf dieses Recht weisen wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hin.

Ausübung unserer Rücktritts-, Kündigungs- und Änderungsrechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und 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 und zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (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 Vertragsabschluss 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. Wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung wegen arglistiger Täuschung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist (arglistige Täuschung). 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.
- (18) Im Fall der Anfechtung haben Sie keinen Versicherungsschutz. Der Vertrag wird aufgehoben. Absatz 7 gilt entsprechend.
- (19) Wir können den Vertrag nur innerhalb eines Jahres anfechten. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der arglistigen Täuschung Kenntnis erlangen. Unser Recht zur Anfechtung erlischt, wenn seit der arglistigen Täuschung zehn Jahre vergangen sind.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrages

- (20) Die Absätze 1 bis 19 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 Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (21) Wir üben unsere Rechte 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.

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

Allgemeine Mitwirkungspflichten

- (1) Wird eine Leistung aus diesem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person vorgelegt werden.
- (2) Vor jeder Rentenzahlung 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 mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Dies gilt auch, wenn für den Todesfall keine Leistung vereinbart wurde. Wenn für den Todesfall eine Leistung vereinbart wurde, muss uns zusätzlich 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. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.
- (4) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies zur Klärung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Leistungen wegen schwerer Krankheit

- (5) Wird eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit gemäß § 8 verlangt, ist uns eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über Beginn und Verlauf der Krankheit vorzulegen.
- (6) Wir können außerdem - auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Dabei werden jedoch Kosten, die durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, nicht von uns erstattet. Sollte diese Anreise nicht möglich sein, ist die Untersuchung durch einen von uns zu benennenden Arzt auf Kosten des Ansprucherhebenden in dem betreffenden Ausland durchzuführen.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

- (7) Bei einer erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 7 bzw. bei einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 11 Absatz 2 sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
 - der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland,
 - oder - falls ein Bescheid noch nicht vorliegt - zunächst die medizinischen Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung bzw. der MEDICPROOF GmbH für die private Pflegepflichtversicherung.
- (8) Besteht keine gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung oder haben sich die gesetzlichen Definitionen für die Pflegebedürftigkeit seit Vertragsabschluss geändert, sind uns folgende Unterlagen unverzüglich einzureichen:
 - ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken u. ä., die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Folgen und voraussichtliche Dauer der vorliegenden Erkrankung/en, sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - vonseiten des behandelnden Arztes eine detaillierte - insbesondere auch zeitliche - Darstellung und Begründung des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den alltäglichen Verrichtungen sowie von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - vonseiten der pflegenden Person oder der mit der Pflege betrauten Einrichtung eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege.

Wir können außerdem - auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Dabei werden jedoch Kosten, die durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, nicht von uns erstattet. Sollte diese Anreise nicht möglich sein, ist die Untersuchung durch einen von uns zu benennenden Arzt auf Kosten des Ansprucherhebenden in dem betreffenden Ausland durchzuführen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Fälligkeit der Leistungen und Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflichten

- (9) 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 8 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 dazu führen, dass unsere Leistung nicht oder nur teilweise fällig wird.

Kosten

- (10) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.
- (11) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 20 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich 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.

§ 21 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung 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 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) Derzeit bestehen insbesondere folgende Mitteilungspflichten aufgrund gesetzlicher Regelungen:

(a) Steuer

Sie müssen uns alle Umstände mitteilen, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
- der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
- der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Welche dies im Einzelnen sind, können Sie dem Merkblatt "Welche Steuerregelungen gelten für die private (auch fondsgebundene) Rentenversicherung?" entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, können für Sie Nachteile entstehen, beispielsweise Meldung an Steuerbehörden unabhängig von einer tatsächlichen Steuerpflicht.

(b) Geldwäsche-Gesetz:

- Sie müssen offen legen, ob Sie den Vertrag für einen Dritten abschließen oder eine Zahlung für einen Dritten vornehmen.
- Sie müssen uns aktiv darüber informieren, wenn die Beiträge von einem Konto eingezogen werden sollen, dessen Inhaber nicht Sie als Versicherungsnehmer sind (fremde Beitragszahlung). Als fremde Beitragszahlung gelten dabei z. B. auch Lastschriften von Konten, für die Sie lediglich Kontovollmacht besitzen, sowie Zahlungen von Geschäftskonten, durch Vermittler oder durch den Arbeitgeber, sofern diese nicht Versicherungsnehmer sind.
- Die aktive Informationspflicht besteht für sämtliche Zahlungen während der Vertragslaufzeit (z. B. Überweisungen, Zahlungen, Darlehen, Kontoänderungen).

Kommen Sie Ihrer Offenlegungs- und Informationspflicht nicht oder nicht wahrheitsgemäß nach, müssen wir dies dem Bundeskriminalamt und den Strafverfolgungsbehörden melden.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 22 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen des Provinzial-Sicherungsfonds?

Sollte zum Beginn eines Monats die Rücknahme von Anteilseinheiten des Provinzial-Sicherungsfonds vorübergehend nicht möglich sein, behalten wir uns vor, die Aufteilung Ihres Vertragsguthabens sowie Auszahlungen von Geldleistungen (z.B. bei Kündigung oder Tod) ebenfalls erst dann vorzunehmen, wenn eine Rücknahme unter Berücksichtigung der Garantien des Provinzial-Sicherungsfonds wieder möglich ist. Sollten hinsichtlich des Provinzial-Sicherungsfonds erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den Provinzial-Sicherungsfonds auszutauschen. Über einen Austausch werden wir Sie rechtzeitig informieren. Erhebliche Änderungen hinsichtlich des Provinzial-Sicherungsfonds können insbesondere sein:

- Der Provinzial-Sicherungsfonds wird aufgelöst, die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilseinheiten wird eingestellt.
- Das Rating einer Bank, die für diesen Provinzial-Sicherungsfonds dem Erwerber der Anteile gegenüber Garantien ausspricht oder Muttergesellschaft der Kapitalanlagegesellschaft ist, die den Provinzial-Sicherungsfonds verwaltet, sinkt mindestens bei einer anerkannten Rating-Agentur unter ein Investmentgrade-Rating.
- Die Kapitalanlagegesellschaft, die den Provinzial-Sicherungsfonds verwaltet, verliert Ihre Zulassung für den Vertrieb von Investmentanteilen, stellt deren Vertrieb ein oder kündigt die mit uns bestehende Vertriebsvereinbarung.

Falls wir den Provinzial-Sicherungsfonds austauschen, werden wir versuchen, einen ähnlichen Ersatzfonds zu finden und Ihnen diesen Ersatzfonds, dessen Anlagegrundsätze sowie den Stichtag des Fondswechsels mitteilen. Im Zeitraum vom Wegfall des Provinzial-Sicherungsfonds bis zum Einsatz des Ersatzfonds wird das betroffene Vertragsguthaben vollständig in unserem übrigen Vermögen angelegt und ist nicht an der Wertentwicklung eines Provinzial-Sicherungsfonds beteiligt. Sollten wir keinen Ersatzfonds finden, bleibt dieses Vertragsguthaben vollständig in unserem übrigen Vermögen angelegt und Ihre Beteiligung an der Wertentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds endet.

§ 23 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Stellen wir Ihnen diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- (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.

§ 24 Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?

- (1) Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Jahren (§§ 195 ff. Bürgerliches Gesetzbuch). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchserhebende von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Wenn der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen lässt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen, sind wir berechtigt, die Leistung zu verweigern. Dies gilt nicht für Ansprüche, soweit wir diese bereits anerkannt haben.

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 26 Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen?

Unser Beschwerdemanagement

- (1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an unsere interne Beschwerdestelle wenden. Diese können Sie über den folgenden Weg erreichen:
www.provinzial-leben.de

Versicherungsombudsmann

- (2) Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Es gilt die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns. Den Versicherungsombudsmann können Sie über folgende Wege erreichen:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

- (3) Darüber hinaus können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die BaFin können Sie über folgende Wege erreichen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

- (4) Ihre Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

§ 27 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Wenn Sie eine natürliche Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.
- (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. Bei einer juristischen Person bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Sitz oder ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts, Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in das Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 28 Was ist bei einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit zu beachten?

Für eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 7 bzw. eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 11 Absatz 2 gelten nachfolgende ergänzende Regelungen:

(1) Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" ist. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

(2) Überschussbeteiligung

Wenn wir eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit gemäß § 7 oder § 11 Absatz 2 zahlen, wird Ihre Versicherung in der Regel dem Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen zugeordnet, dem die Rechnungsgrundlagen zu Grunde liegen, die zu diesem Zeitpunkt für das Neugeschäft an sofort beginnenden Rentenversicherungen mit erhöhter Rente wegen Pflegebedürftigkeit gelten würden. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung der Versicherung jedoch ein R oder G, erfolgt die Einordnung in den Überschussverband entsprechend dem Neuzugang zum Rentenbeginn an sofort beginnenden Rentenversicherungen mit erhöhter Rente wegen Pflegebedürftigkeit mit demselben bzw. einem diesem entsprechenden Zusatz in der Bestandsgruppe Kollektiv-Rentenversicherungen.

Da die zu verwendenden Rechnungsgrundlagen erst bei Verrentung gemäß vorstehender Bestimmungen ermittelt werden, werden wir Ihnen die genaue Bezeichnung des Überschussverbandes bei Beginn der Rentenzahlung mitteilen.

In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht.

§ 29 Wann können wir diese Bedingungen anpassen?

- (1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie nach § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.
- (3) Sollte eine Bestimmung dieses Bedingungswerkes ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept (zusätzliche Angaben)

(Stand 01.01.2022)

Diese zusätzlichen Angaben ergänzen die Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen.

1. Hauptversicherung

1.1 Laufende Überschussanteile vor Beginn der Rentenzahlung

1.1.1 Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

Jeweils zu Beginn eines Versicherungsmonats*) wird ein laufender Überschussanteil zugeteilt. Der laufende Überschussanteil setzt sich zusammen aus einem Zinsüberschussanteil und einem sonstigen Überschussanteil. Der sonstige Überschussanteil setzt sich aus den unten beschriebenen Komponenten zusammen. Der Zinsüberschussanteil und der sonstige Überschussanteil, der sich auf das Teildeckungskapital des Provinzial-Sicherungsfonds bezieht, werden erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsmonats*) zugeteilt. Ferner erfolgt für diese Komponenten eine Überschusszuteilung zum vereinbarten Rentenbeginn bzw. bei Abruf der Versicherungsleistung.

Die übrigen Komponenten des sonstigen Überschussanteils werden erstmals zu Beginn des ersten Versicherungsmonats*) zugeteilt.

Bemessungsgröße ist für den

- Zinsüberschussanteil
die jeweiligen konventionellen Teildeckungskapitalien mit garantierter Verzinsung zum Ende des Vormonats;
- sonstigen Überschussanteil
der monatlich zu zahlende Beitrag bzw. der auf einen Monat entfallende Beitragsanteil ohne Stückkosten und ohne Beitragsanteile für etwaige Zusatzversicherungen;
das aktuelle Vertragsguthaben sofern und soweit es den für ein Geschäftsjahr deklarierten und in unserem Geschäftsbericht veröffentlichten Mindestwert übersteigt;
die Anzahl der Anteile des Provinzial-Sicherungsfonds am Ende des Vormonats bewertet mit dem Kurs des Provinzial-Sicherungsfonds am Zuteilungstermin. Maßgebend für die Bewertung ist der Börsentag**), der mit dem Zuteilungstermin zusammenfällt oder ihm folgt.

1.1.2 Verwendung der laufenden Überschussanteile

Der jeweils zugeteilte laufende Überschussanteil wird für die Erhöhung des Vertragsguthabens verwendet. 30% der Zuteilung wird dem Zusatzkapital zugeführt. Mit Hilfe des in § 2 Absatz 2 der Allgemeinen Bedingungen beschriebenen Umschichtungsverfahrens werden die verbleibenden 70% der Zuteilung den Teildeckungskapitalien, aus denen das Vertragsguthaben besteht, zugeführt. Maßgebend für die Umschichtung ist der Börsentag**), der mit dem Zuteilungstermin zusammenfällt oder ihm folgt.

1.2 Schlussüberschuss vor Beginn der Rentenzahlung

Zu Beginn der Rentenzahlung und bei Beendigung Ihres Vertrages vor Beginn der Rentenzahlung kann ein Schlussüberschuss fällig werden.

Bemessungsgrößen für den Schlussüberschuss ist die Summe der jeweiligen monatlichen konventionellen Teildeckungskapitalien mit garantierter Verzinsung am Ende der zurückgelegten Versicherungsmonate*).

Die jeweilige Höhe eines eventuell fällig werdenden Schlussüberschusses ist abhängig von der Art und dem Zeitpunkt der Vertragsbeendigung bzw. des Beginns der Rentenzahlung und wird für jeweils ein Jahr im Voraus festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht.

1.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven vor Beginn der Rentenzahlung

Zu Beginn der Rentenzahlung und bei Beendigung Ihres Vertrages vor Beginn der Rentenzahlung erhält Ihr Vertrag nach § 3 Absatz 2.c und 3.c der Allgemeinen Bedingungen eine Beteiligung an den überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven. Für die Höhe der Beteiligung sind

- die unter Ziffer 1.3.1 beschriebene Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven und
- die unter Ziffer 1.3.2 beschriebene Sockelbeteiligung an den Bewertungsreserven

wesentlich. Die Ihrem Vertrag nach § 153 Absatz 3 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG) rechnerisch zugeordneten Bewertungsreserven sind der Teil der überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven, der dem Anteil der Bemessungsgröße Ihres Vertrages an der Summe über die Bemessungsgrößen aller Verträge mit Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven entspricht. Als Beteiligung an den Bewertungsreserven wird die Hälfte des Ihrem Vertrag rechnerisch zugeordneten Teils der Bewertungsreserven, mindestens jedoch die Sockelbeteiligung an den Bewertungsreserven, fällig.

1.3.1 Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven

Die Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven vor Beginn der Rentenzahlung ist ein Zwölftel der Summe der jeweiligen monatlichen konventionellen Teildeckungskapitalien mit garantierter Verzinsung am Ende der zurückgelegten Versicherungsmonate*).

1.3.2 Sockelbeteiligung an den Bewertungsreserven

Zu Beginn der Rentenzahlung und bei Beendigung Ihres Vertrages vor Beginn der Rentenzahlung kann eine Sockelbeteiligung an den Bewertungsreserven fällig werden.

Bemessungsgrößen für die Sockelbeteiligung an den Bewertungsreserven ist die Summe der jeweiligen monatlichen konventionellen Teildeckungskapitalien mit garantierter Verzinsung am Ende der zurückgelegten Versicherungsmonate*). Die jeweilige Höhe einer eventuell fällig werdenden Sockelbeteiligung an den Bewertungsreserven ist abhängig von der Art und dem Zeitpunkt der Vertragsbeendigung bzw. des Beginns der Rentenzahlung und wird für jeweils ein Jahr im Voraus festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht.

1.4 Umwandlung in eine gesamte vereinbarte Rente

Zu Beginn der Rentenzahlung werden der bei Rentenbeginn fällig werdende Schlussüberschuss und die dann fällig werdende Beteiligung an den Bewertungsreserven mit dem Vertragsguthaben gemäß § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Bedingungen in eine Rente umgewandelt. Dies ist die ab diesem Zeitpunkt gesamte vereinbarte Rente.

1.5 Überschussbeteiligung während der Rentenzahlung

Sie können vor Beginn der Rentenzahlung zwischen folgenden Überschussystemen für die Rentenbezugszeit wählen:

1.5.1 Dynamikrentensystem

Die gesamte vereinbarte Rente wird jährlich, erstmals ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, erhöht. Die durch die Erhöhung erreichte Rente ist ab diesem Zeitpunkt jeweils vereinbart. Die Rentenerhöhung wird jährlich neu in Prozent der gesamten vereinbarten Rente des Vorjahres festgesetzt.

Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, haben die Erhöhungsrenten die gleiche restliche Rentengarantiezeit wie die vereinbarte Rente und im Fall einer Kapitalentnahme gemäß der §§ 8 und 11 der Allgemeinen Bedingungen werden die Erhöhungsrenten im gleichen Verhältnis wie die vereinbarte Rente herabgesetzt.

Wenn für den Todesfall die Rückzahlung der Kapitalabfindung abzüglich der bereits gezahlten Renten vereinbart ist, wird die versicherte Todesfalleistung durch die Erhöhungsrenten nicht verändert und im Fall einer Kapitalentnahme gemäß der §§ 8 und 11 der Allgemeinen Bedingungen bleiben die Erhöhungsrenten unverändert.

1.5.2 Zusatzrentensystem

Über die gesamte vereinbarte Rente hinaus wird eine der Höhe nach nicht garantierte Zusatzrente gezahlt. Die Zusatzrente ist die Differenz zwischen der Gesamtrente und der gesamten vereinbarten Rente. Die Gesamtrente ergibt sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres neu aus der Verrentung der Summe aus dem Deckungskapital für die gesamte vereinbarte Rente und der Rückstellung für die Zusatzrente. Diese Berechnung erfolgt mit der Sterbetafel, die zu diesem Zeitpunkt bei der Berechnung der Deckungsrückstellung*** für die vereinbarte Rente zu verwenden ist, mit einem Zinssatz 2. Ordnung (Rechnungszinssatz zuzüglich des für die Berechnung der Zusatzrente festgelegten Zinsüberschussanteilsatzes) und mit den Verwaltungskosten in der Rentenbezugszeit. Die Höhe der Zusatzrente wird jeweils nur für ein Versicherungsjahr zugesichert.

Die Rückstellung für die Zusatzrente zu Beginn eines Versicherungsjahres ergibt sich ab dem zweiten Versicherungsjahr nach Beginn der Rentenzahlung aus ihrer Fortschreibung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Infolge der jährlich neuen Festlegung kann die Zusatzrente steigen, unverändert bleiben oder auch sinken.

Sofern neben dem für die Berechnung der Zusatzrente festgelegten Zinsüberschussanteil ein weiterer Überschussanteilsatz erklärt ist, wird die Zusatzrente am Ende eines Versicherungsjahres entsprechend erhöht. Bemessungsgröße für diesen Überschussanteil ist die jeweilige Gesamtrente.

Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, hat die Zusatzrente die gleiche restliche Rentengarantiezeit wie die vereinbarte Rente.

Wenn für den Todesfall nach Rentenbeginn die Rückzahlung der Kapitalabfindung abzüglich der bereits gezahlten Renten vereinbart ist, wird die versicherte Todesfalleistung durch die Zusatzrente nicht verändert.

Im Falle einer Kapitalentnahme gemäß der §§ 8 und 11 der Allgemeinen Bedingungen kann aus der Rückstellung für die Zusatzrente kein Kapital entnommen werden.

Die neue Zusatzrente nach der Kapitalentnahme berechnet sich aus dem verbleibenden Deckungskapital der verminderten gesamten vereinbarten Rente und der Rückstellung für die Zusatzrente nach dem oben beschriebenen Verfahren.

1.5.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung

Auch nach Beginn der Rentenzahlung erhält Ihr Vertrag nach § 3 Absatz 2.c und 3.c der Allgemeinen Bedingungen eine Beteiligung an den überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven. Für die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung ist die unter Ziffer 1.5.3.2 beschriebene Bemessungsgröße wesentlich.

1.5.3.1 Grundsätzliches zur Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung

Während der Rentenzahlung wird Ihrem Vertrag jeweils zum Jahrestag, erstmals ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, die Hälfte der den Rentenzahlungen des abgelaufenen Versicherungsjahres rechnerisch zugeordneten Bewertungsreserven zugeteilt und ausgezahlt. Die Bewertungsreserven werden anhand des Teils der Bemessungsgröße rechnerisch zugeordnet, der dem Anteil der Rentenzahlung des abgelaufenen Versicherungsjahres am Vertragsguthaben entspricht.

Bei einer einmaligen Todesfalleistung oder im Falle einer Kapitalentnahme gemäß der §§ 8 und 11 der Allgemeinen Bedingungen erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven anhand des Anteils der Bemessungsgröße, der dem Anteil der Zahlung am Vertragsguthaben entspricht. Die dann zugeteilten Bewertungsreserven werden zusammen mit der fällig werdenden Versicherungsleistung ausgezahlt.

1.5.3.2 Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung

Die Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung ist die Summe der jeweiligen Vertragsguthaben am Ende der zurückgelegten Versicherungsjahre seit Beginn der Rentenzahlung; unvollständige Versicherungsjahre tragen auf Grundlage des Vertragsguthabens am Ende des Versicherungsjahres zeitanteilig zur Bemessungsgrundlage bei. Bei unvollständigen Versicherungsjahren werden zusätzlich die für das Jahr noch nicht gezahlten Renten berücksichtigt.

Als Vertragsguthaben gelten dabei das Deckungskapital für die vereinbarte Rente und, sofern vorhanden, auch das Vertragsguthaben einer etwaigen Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung sowie beim Überschussystem Zusatzrente die Rückstellung für die Zusatzrente.

Wird die Rentenversicherung durch den Tod einer versicherten Person nicht beendet, sondern geht dann in eine Zeitrente oder eine laufende Hinterbliebenenrente über, bleibt die Bemessungsgröße anteilig entsprechend des Verhältnisses des verbleibenden Vertragsguthabens zum Vertragsguthaben vor Tod erhalten.

2. Zusatzversicherungen

2.1 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)

2.1.1 Während keine Leistungen aus der Zusatzversicherung bezogen werden

2.1.1.1 Beitragspflichtige Versicherungen

Die BUZ erhält bei jeder Beitragsfälligkeit einen laufenden Überschussanteil, der in Prozent des Beitrags für die BUZ bemessen wird.

Der jeweils zugeteilte laufende Überschussanteil wird entsprechend der vertraglichen Vereinbarung verwendet. In Abhängigkeit von den tariflichen Bestimmungen sind dabei grundsätzlich folgende Überschussverwendungsformen möglich:

- a) Verrechnung mit den Beiträgen

- Der laufende Überschussanteil wird mit dem jeweils fällig werdenden Beitrag verrechnet.
- b) Verzinsliche Ansammlung
Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Das Ansammlungsguthaben wird zusammen mit der Leistung aus der Hauptversicherung, spätestens zu Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung fällig.
 - c) Verwendung der Überschussanteile bei der Hauptversicherung
Der laufende Überschussanteil wird zur Erhöhung der Überschussbeteiligung der Hauptversicherung verwendet.

2.1.1.2 Beitragsfreie Versicherungen

Jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres wird für die beitragsfreie BUZ eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente zugesagt. Diese zusätzliche Rente aus der Überschussbeteiligung (ZÜB) wird nach Eintritt eines Leistungsbezuges aus der BUZ zu denselben Terminen und so lange wie die vereinbarte Rente gezahlt. Die Höhe der ZÜB wird jährlich im Voraus in Prozent der vereinbarten Rente festgelegt. Ab Eintritt des Leistungsbezuges ist die ZÜB der Höhe nach vereinbart.

2.1.2 Während Leistungen aus der Zusatzversicherung bezogen werden

Der BUZ wird jeweils am Ende eines Versicherungsjahres ein Zinsüberschussanteil zugeteilt. Am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Leistungsbezug aus der BUZ eingetreten ist, wird der Überschussanteil zeitanteilig fällig. Bemessungsgröße für den Zinsüberschussanteil ist das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital für die jeweilige Leistung (Beitragsbefreiung bzw. Rente) aus der BUZ am Zuteilungstermin.

Der Überschussanteil, der auf die Rente entfällt, wird zur Erhöhung der vereinbarten Rente verwendet. Die durch die Erhöhung erreichte Rente ist ab diesem Zeitpunkt jeweils vereinbart.

Die auf die Beitragsbefreiung entfallenden Überschussanteile werden entsprechend der vertraglichen Vereinbarung verwendet. In Abhängigkeit von den tariflichen Bestimmungen sind dabei grundsätzlich folgende Überschussverwendungsformen möglich:

- a) Verwendung der Überschussanteile bei der Hauptversicherung
Die laufenden Überschussanteile werden zur Erhöhung der Überschussbeteiligung der Hauptversicherung verwendet.
- b) Verzinsliche Ansammlung
Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Das Ansammlungsguthaben wird zusammen mit der Leistung aus der Hauptversicherung, spätestens zu Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung, fällig.

2.2 Pflege-Zusatzversicherung (PZ)

2.2.1 Während keine Leistungen aus der Zusatzversicherung bezogen werden

2.2.1.1 Beitragspflichtige Versicherungen

Die PZ erhält bei jeder Beitragsfälligkeit einen laufenden Überschussanteil, der in Prozent des Beitrags für die PZ bemessen wird.

Der jeweils zugeteilte laufende Überschussanteil wird entsprechend der vertraglichen Vereinbarung verwendet. In Abhängigkeit von den tariflichen Bestimmungen sind dabei grundsätzlich folgende Überschussverwendungsformen möglich:

- a) Verrechnung mit den Beiträgen
Der laufende Überschussanteil wird mit dem jeweils fällig werdenden Beitrag verrechnet.
- b) Verzinsliche Ansammlung
Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Das Ansammlungsguthaben wird zusammen mit der Leistung aus der Hauptversicherung, spätestens zu Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung fällig.
- c) Verwendung der Überschussanteile bei der Hauptversicherung
Der laufende Überschussanteil wird zur Erhöhung der Überschussbeteiligung der Hauptversicherung verwendet.

2.2.1.2 Beitragsfreie Versicherungen

Jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres wird für die beitragsfreie PZ eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente zugesagt. Diese zusätzliche Rente aus der Überschussbeteiligung (ZÜB) wird nach Eintritt eines Leistungsbezuges aus der PZ zu denselben Terminen und so lange wie die vereinbarte Rente gezahlt. Die Höhe der ZÜB wird jährlich im Voraus in Prozent der vereinbarten Rente festgelegt. Ab Eintritt des Leistungsbezuges ist die ZÜB der Höhe nach vereinbart.

2.2.2 Während Leistungen aus der Zusatzversicherung bezogen werden

Der PZ wird jeweils am Ende eines Versicherungsjahres ein Zinsüberschussanteil zugeteilt. Am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Leistungsbezug aus der PZ eingetreten ist, wird der Überschussanteil zeitanteilig fällig. Bemessungsgröße für den Zinsüberschussanteil ist das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital für die Leistung (Rente) aus der PZ am Zuteilungstermin.

Der Überschussanteil wird zur Erhöhung der vereinbarten Rente verwendet. Die durch die Erhöhung erreichte Rente ist ab diesem Zeitpunkt jeweils vereinbart.

2.3 Risiko-Zusatzversicherung (RZV)

Risiko-Zusatzversicherungen sind ab Beginn überschussberechtigigt.

Der RZV wird jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Todesfallleistung (Todesfallbonus) zugesagt, die im Leistungsfall zusammen mit der vereinbarten Versicherungssumme fällig wird. Der Todesfallbonus wird in Prozent der vereinbarten Versicherungssumme der RZV bemessen.

2.4 Unfall-Zusatzversicherung (UZV)

Eine beitragspflichtige UZV ist nicht überschussberechtigigt. Unfall-Zusatzversicherungen gegen Einmalbeitrag und anderen beitragsfreien Unfall-Zusatzversicherungen wird jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres ein laufender Überschussanteil zugeteilt, erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres. Bemessungsgröße für den laufenden Überschussanteil ist das Deckungskapital der UZV am Zuteilungstermin. Die Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Das Ansammlungsguthaben wird zusammen mit der Leistung aus der Hauptversicherung, spätestens zu Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung, fällig.

2.5 Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (WIZ)

Für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung gelten dieselben Regelungen zur Überschussbeteiligung wie für die Hauptversicherung während der Rentenzahlung.

Im Zusatzrentensystem (siehe Ziffer 1.5.2) werden die Zusatzrente zur Hauptversicherungsrente und die Zusatzrente zur Hinterbliebenenrente derart bestimmt, dass die Zusatzrente zur Hinterbliebenenrente im Verhältnis zur Zusatzrente zur Hauptversicherungsrente genauso hoch ist wie die vereinbarte Hinterbliebenenrente zur vereinbarten Hauptversicherungsrente.

Ebenso wird für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung während der Rentenzahlung der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung das unter 1.5.3 beschriebene Verfahren zur Beteiligung an den Bewertungsreserven angewendet.

2.6 Beteiligung des Ansammlungsguthabens der Zusatzversicherungen an den Bewertungsreserven

Sofern sich aus der Überschussbeteiligung einer Zusatzversicherung verzinslich anzusammelnde Überschussanteile ergeben, wird das daraus resultierende Ansammlungsguthaben bei der Bestimmung der unter 1.3.1 beschriebenen Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven berücksichtigt. Der aus jedem Ansammlungsguthaben resultierende fällig werdende Anteil an der Beteiligung an den Bewertungsreserven, wird zur Erhöhung der aus dem jeweiligen Ansammlungsguthaben fälligen Leistung verwendet.

3. Vertragsindividuelle Kürzung der Überschussbeteiligung bei Reserveanpassung

Bei einem unerwartet starken Anstieg der Lebenserwartung sind wir verpflichtet, eine zusätzliche Deckungsrückstellung^{***}) zu stellen (Reserveanpassung), um die langfristige Erfüllbarkeit der vertraglichen Leistungen aus den Rentenversicherungen sicherzustellen. In diesem Fall sind wir berechtigt, vertragsindividuell die Überschussbeteiligung um benötigte Mittel für die Bildung der Zusatzrückstellung zu kürzen. Die Kürzung können wir so lange vornehmen, bis die Summe der Kürzungen der Höhe der benötigten zusätzlichen Deckungsrückstellung^{***}) entspricht. Bei Kündigung der Versicherung, Tod der versicherten Person oder Wahl der Kapitalabfindung vor Rentenbeginn erhalten Sie jedoch zusätzlich die verzinslich angesammelten Kürzungen der laufenden Überschussanteile.

4. Zuzahlungen

Zuzahlungen sind am Überschuss beteiligt. Geleistete Zuzahlungen erhöhen das Vertragsguthaben und fließen somit in die Bemessungsgrößen der Überschussanteile ein.

*) Der erste Versicherungsmonat beginnt mit dem Tag des vereinbarten Beginns der Versicherung um 12 Uhr. Jeder weitere Versicherungsmonat beginnt am Monatsersten des Folgemonats um 12 Uhr.

**) Nähere Hinweise zu den für Ihre Versicherung zutreffenden Börsentagen finden Sie im Verkaufsprospekt. Setzt eine Kapitalanlagegesellschaft die Errechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmepreises sowie die Rücknahme der Anteile bzw. setzt die Deutsche Börse den Handel von ETFs an dem maßgeblichen Börsentag aus, ist für die Bewertung der Anteile der nächste Börsentag maßgeblich, an dem ein Rücknahmepreis ermittelt wird bzw. an dem die Deutsche Börse den ETF wieder handelt.

***) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 88 Absatz 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341e und § 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit erweitertem Leistungsumfang

(Stand 01.01.2022)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhalt

Erläuterung einiger Begriffe

Leistungen und Versicherungsschutz

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?	§ 2
Was ist Berufsunfähigkeit?	§ 3
Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 4
Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?	§ 5
Was bedeutet schwere Erkrankung?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?	§ 8

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

Wann und in welchem Umfang können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne Gesundheitsprüfung erhöhen?	§ 9
Welche Bausteine können Sie nachträglich einschließen und wann können Sie Bausteine ausschließen?	§ 10

Ihre Pflichten

Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 11
Welche Schadenminderungspflichten sind bei Berufsunfähigkeit und bei Arbeitsunfähigkeit zu beachten?	§ 12
Was ist nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit zu beachten?	§ 13
Welche Folgen hat die Verletzung von Schadenminderungspflichten und Mitwirkungspflichten im Rahmen des Nachprüfungsverfahrens?	§ 14

Leistungsausschlüsse

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 15
---	------

Sonstige Vertragsbestimmungen

Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 16
Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?	§ 17
Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung verlängern?	§ 18

Erläuterung einiger Begriffe

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen unterstrichen.

Die **Beitragszahlungsdauer** ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

Als **Bewertungsreserven** bezeichnen wir den Wert, der entsteht, wenn der Zeitwert der Kapitalanlagen ihren in der Bilanz ausgewiesenen Wert übersteigt.

Hauptversicherungen sind Versicherungsverträge wie Rentenversicherungen oder Risikoversicherungen, die um Zusatzversicherungen erweitert werden können. Eine Zusatzversicherung kann ohne Hauptversicherung nicht abgeschlossen werden bzw. endet mit Wegfall der Hauptversicherung.

Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten.

Rechnungsmäßiges Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Textform ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes, Telefaxes oder ausdrucksfähigen E-Mail abgegeben wird.

Versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird.

Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der Versicherungsdauer eintritt.

Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung berufsunfähig (siehe § 3), erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - folgende Leistungen:

a) Beitragsbefreiung

Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die sonstigen eingeschlossenen Zusatzversicherungen, sofern hierfür Beitragszahlungspflicht besteht.

b) Rente

Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist, monatlich im Voraus.

c) Leistungsdynamik

Wenn Sie eine Leistungsdynamik vereinbart haben, werden die Versicherungsleistungen aus der Hauptversicherung und den gegebenenfalls eingeschlossenen weiteren beitragspflichtigen Zusatzversicherungen - mit Ausnahme der Leistung der Risiko-Zusatzversicherung - jährlich erhöht, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht gemäß Buchstabe a entfällt. Dabei berechnen wir die Erhöhungen der Versicherungsleistungen so, als ob sich der Beitrag für die Hauptversicherung und für die zu erhöhenden Zusatzversicherungen jährlich um den bei Vertragsabschluss für die Leistungsdynamik vereinbarten Prozentsatz erhöht hätte. Die Leistungen aus den zu erhöhenden Zusatzversicherungen werden dabei im gleichen Verhältnis wie die Versicherungsleistung aus der Hauptversicherung erhöht. Die Berufsunfähigkeitsrente wird nicht erhöht.

Die Leistungsdynamik können sie nur vereinbaren, wenn Sie für die Hauptversicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung versichert haben.

Setzt nach Wegfall der Berufsunfähigkeit oder nach dem Ende der Leistungsdauer Ihre Beitragspflicht wieder ein, wird der Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für die dann erreichten Versicherungsleistungen neu berechnet.

d) Leistungsdynamik der Berufs- und Arbeitsunfähigkeitsrente

Wenn Sie eine Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, erhöht sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Zahlung der zu diesem Zeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen festen Prozentsatz. Die Erhöhungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres, erstmalig zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. Endet unsere Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung (siehe § 13 Absatz 4) muss die Beitragszahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder aufgenommen werden. Bei erneuter Berufsunfähigkeit zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente wieder in der ursprünglichen und nicht in der zuletzt durch die Leistungsdynamik gestiegenen Höhe.

Sofern Sie den Baustein Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (siehe Absatz 2 b) oder Leistungen bei Berufsunfähigkeit durch Unfall (siehe Absatz 2 c) vereinbart haben, gilt die Leistungsdynamik für die Rente bei Arbeitsunfähigkeit bzw. für die zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente durch Unfall entsprechend.

Unsere Leistungen bei Einschluss von Bausteinen

(2) Wenn Sie einen der folgenden Bausteine vereinbart haben, erbringen wir die nachfolgend aufgeführten Leistungen:

a) Baustein Einmalleistungen

Wenn Sie den Baustein Einmalleistungen vereinbart haben, zahlen wir

- als Anfangshilfe zusätzlich einen Betrag in Höhe von drei Monatsrenten nach § 1 Absatz 1 b, wenn die versicherte Person berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist (siehe § 3) und erstmals eine Berufsunfähigkeitsrente nach § 1 Absatz 1 b fällig wird. Erfolgt die Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung aufgrund einer schweren Erkrankung nach § 6, erhöht sich der zusätzliche Betrag auf neun Monatsrenten nach § 1 Absatz 1 b,
- als Wiedereingliederungshilfe zusätzlich einen Betrag in Höhe von sechs Monatsrenten nach § 1 Absatz 1 b, wenn die versicherte Person mindestens zwei Jahre ununterbrochen berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen war (siehe § 3) und unsere Leistungen erstmals wegen Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten oder Aufnahme einer anderen beruflichen Tätigkeit wegfallen (vgl. § 13).

Die Anfangshilfe und Wiedereingliederungshilfe können jeweils nur einmal beansprucht werden.

b) Baustein Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie den Baustein Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben und die versicherte Person während der Versicherungsdauer im Sinne des § 4 arbeitsunfähig wird, erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die sonstigen eingeschlossenen Zusatzversicherungen, sofern hierfür Beitragszahlungspflicht besteht. Wenn Sie eine Leistungsdynamik vereinbart haben, gelten die Regelungen des § 1 Absatz 1 c entsprechend.
- Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente nach § 1 Absatz 1 b monatlich im Voraus.

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet bis zum Ablauf des Monats erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit (siehe § 11 Absatz 5) vollständig vorgelegt werden. Die Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit ist auf maximal 18 Monate beschränkt.

Es besteht kein gleichzeitiger Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit.

Ein Anerkenntnis der Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit stellt kein Anerkenntnis wegen Berufsunfähigkeit dar.

c) Baustein Leistungen bei Berufsunfähigkeit durch Unfall

Wenn Sie den Baustein Leistungen bei Berufsunfähigkeit durch Unfall vereinbart haben und die versicherte Person einen Unfall (siehe § 5) erleidet, der sich innerhalb der Versicherungsdauer ereignet hat und innerhalb eines Jahres als alleinige Ursache zur Berufsunfähigkeit (siehe § 3 Absatz 1) geführt hat, zahlen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - zusätzlich die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente durch Unfall monatlich im Voraus. Der Anspruch auf die zusätzlichen Leistungen besteht nur dann, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht bereits infolge anderer Ursachen berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen war.

- d) Pflegebaustein
Wenn Sie den Pflegebaustein vereinbart haben, gelten die "Besonderen Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung (Pflegebaustein)".

Weltweiter Versicherungsschutz

- (3) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 2 Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?

Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

- (1) Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Zusatzversicherung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 3 eingetreten ist. Die Berufsunfähigkeit muss uns in Textform gemeldet werden. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Wird uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Jahren nach ihrem Eintritt angezeigt, leisten wir ab dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt. Bei späterer Meldung erbringen wir die Leistungen erst ab Beginn des Monats, in dem die Meldung bei uns eingeht; zusätzlich leisten wir rückwirkend für drei Jahre. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Verspätung der Meldung weder von Ihnen noch vom Anspruchserhebenden verschuldet worden ist.
- (2) Der Anspruch auf Leistungen endet,
- wenn Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- wenn die versicherte Person stirbt oder
- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.
- (3) Während der Leistungsprüfung sind die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Auf Antrag stunden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht noch fällig werdenden Beiträge zinslos. Besteht danach kein Leistungsanspruch, müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Sie können mit uns in diesem Fall auch eine Rückzahlung in Raten über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten oder - sofern möglich - eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung vereinbaren.

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

- (4) Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 4 eingetreten ist. Die Arbeitsunfähigkeit muss uns in Textform mitgeteilt werden. Eine frühzeitige Mitteilung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Wir leisten nur, wenn Sie die Leistungen spätestens vier Wochen nach Ablauf der Arbeitsunfähigkeit beantragen.
- (5) Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit endet, wenn
- die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 4 nicht mehr vorliegt
- die vereinbarte Leistungsdauer dieses Vertrags abläuft,
- für maximal 18 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden,
- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus diesem Vertrag erbracht werden oder
- die versicherte Person stirbt.

Verhältnis der Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit

- (6) Wenn wir Leistungen bei Berufsunfähigkeit für einen Zeitraum anerkennen, für den wir Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, gilt:
- Die erbrachten Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit werden mit den Leistungen bei Berufsunfähigkeit verrechnet. Wir zahlen nicht zwei Renten für den gleichen Zeitraum.
- Diesen Zeitraum rechnen wir nicht auf die 18 Monate an, für die wir höchstens Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen. Wenn wir die Leistungen verrechnen, können Sie erneut Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragen.

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit?

Berufsunfähigkeit

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

Bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern bzw. Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis ist für Berufsunfähigkeit im Sinne von Satz 1 zusätzlich nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben. Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist, keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und die versicherte Person eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (vgl. Absatz 5) entspricht.

Wir verzichten auf eine Prüfung der Umorganisation,

- wenn die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und zum Zeitpunkt der geltend gemachten Ansprüche mindestens 90 Prozent der täglichen Arbeitszeit kaufmännische, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausgeübt hat,
- wenn der Betrieb zum Zeitpunkt der geltend gemachten Ansprüche weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt hat. Zu den 5 Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt oder
- wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der geltend gemachten Ansprüche weisungsgebundener Arbeitnehmer war.
- (2) Kann nicht festgestellt werden, dass der Zustand im Sinne von Absatz 1 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, hat er jedoch länger als sechs Monate ununterbrochen andauert, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.
- (3) Übt die versicherte Person eine andere, ihrer bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (Absatz 5) entsprechende Tätigkeit tatsächlich aus, liegt keine Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 oder 2 vor.
- (4) Auch nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben können Sie diese Zusatzversicherung fortführen. Werden später Leistungen beantragt, wird bei einem vorübergehenden Ausscheiden der vor dem Ausscheiden zuletzt ausgeübte Beruf und die zu diesem Zeitpunkt erreichte Lebensstellung für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit herangezogen. Ein vorübergehendes Ausscheiden liegt vor, wenn - unabhängig vom Ausscheidungsgrund - bei Eintritt der Berufsunfähigkeit fünf

Jahre ab dem Ausscheiden noch nicht verstrichen sind. Nach einem dauerhaften Ausscheiden kommt es darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (Absatz 5) zum Zeitpunkt des Ausscheidens entspricht. Ein dauerhaftes Ausscheiden liegt vor, wenn bei Eintritt der Berufsunfähigkeit seit dem Ausscheiden mehr als fünf Jahre verstrichen sind. Gesetzliche Elternzeit zählt immer als vorübergehendes Ausscheiden.

Wirtschaftliche und soziale Lebensstellung

- (5) Die wirtschaftliche und soziale Lebensstellung ist gewahrt, wenn die berufliche Qualifikation, die berufliche Stellung, deren soziale Wertschätzung und die daraus bezogene Vergütung das bisherige Niveau nicht spürbar unterschreiten. Bei der Beurteilung der zumutbaren Minderung der Vergütung und der Wertschätzung berücksichtigen wir die individuellen Gegebenheiten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung der Vergütung beträgt jedoch höchstens 20 % des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung der Vergütung nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als zumutbare Minderung der Vergütung festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.
- (6) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn und solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine Erwerbsunfähigkeit bzw. eine volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen unbefristet anerkennt.

Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

- (7) Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung mindestens nach Pflegegrad 3 im Sinne unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" pflegebedürftig wird. Die "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots

- (8) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes, welches aus medizinischen Gründen nach § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) von der zuständigen Behörde ausgesprochen wurde, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben. Dies gilt nicht, wenn die Zusatzversicherung zu einer Rentenversicherung als Direktversicherung oder zu einer Rückdeckungsversicherung zu einer Unterstützungskassenversorgung abgeschlossen wurde.

§ 4 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Arbeitsunfähigkeit

- (1) Arbeitsunfähigkeit liegt von Beginn der ersten Krankschreibung vor, wenn die versicherte Person mindestens 6 Monate wegen derselben Erkrankung ununterbrochen arbeitsunfähig krankgeschrieben ist.
- (2) Zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit müssen für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 11 Absatz 5 a bis d auf Kosten des Antragstellers eingereicht werden. Die Bescheinigungen müssen durch einen in Deutschland zugelassenen Arzt ausgestellt worden sein.
- (3) Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden. Eine bescheinigte voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit akzeptieren wir höchstens über einen Zeitraum von 4 Wochen.

Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs

- (4) Fällt die Arbeitsunfähigkeit weg, müssen Sie uns unverzüglich hierüber informieren.

Ausschlüsse

- (5) Sollten Sie bei Abschluss dieses Vertrages mit uns Ausschlüsse beziehungsweise besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes geschlossen haben, gelten diese ebenfalls für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

§ 5 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (2) Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
a) ein Gelenk verrenkt wird oder
b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

§ 6 Was bedeutet schwere Erkrankung?

Schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen, die fachärztlich nachgewiesen werden müssen, sind:

Herzinfarkt

Irreversibler Untergang eines Teiles des Herzmuskels durch akuten Verschluss eines Herzkranzgefäßes. Die Diagnose muss gesichert sein durch typische Brustschmerzen, Erhöhung der herzmuskelspezifischen Laborwerte (Enzyme) und durch frische für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen. Ausgeschlossen sind sogenannte stumme Herzinfarkte.

Multiple Sklerose

Entmarkungskrankheit des Zentralnervensystems mit irreversiblen typischen neurologischen Ausfällen und typischen Krankheitsherden, nachgewiesen durch entsprechende bildgebende Untersuchungstechniken.

Schlaganfall

Schlaganfallereignis durch eine Hirnblutung oder einen Hirninfarkt infolge Verschluss oder Ruptur eines Hirngefäßes oder infolge einer Embolie aus anderen Körperorganen. Der Schlaganfall muss zum plötzlichen Auftreten bleibender neurologischer Ausfallerscheinungen geführt haben. Die neurologische Schädigung muss nachweislich während mindestens sechs Wochen nach dem Schlaganfall andauert haben und ihre Dauerhaftigkeit prognostiziert werden.

Nierenversagen

Dauerhaftes Versagen der Funktion beider Nieren (terminale Niereninsuffizienz), das eine Dialyse oder eine Nierentransplantation erfordert.

Blindheit

Vollständiges und nicht korrigierbares Fehlen des Augenlichtes beidseits. Als Blindheit gilt auch, wenn die Sehschärfe auf keinem Auge, auch nicht bei beidäugiger Prüfung, mehr als 1/50 beträgt.

Gehörverlust

Vollständiger und nicht korrigierbarer Verlust des Gehörs beidseits. Einem Gehörverlust gleichgesetzt wird eine Hörminderung um mindestens 90% ohne Korrekturmöglichkeit mit einem Hörgerät.

Querschnittslähmung

Schädigung des Rückenmarks mit vollständiger und dauerhafter Lähmung beider Beine.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und ab wann wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Diese Erklärung geben wir innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen (siehe § 11) ab. Dabei werden wir kein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Wir informieren Sie während der Prüfung alle vier Wochen über den Sachstand und fordern zeitnah fehlende Unterlagen an.

§ 8 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den Überschüssen, die jährlich im Rahmen unseres handelsrechtlichen Jahresabschlusses festgestellt werden. Die Zusatzversicherung gehört demselben Überschussverband an wie die Hauptversicherung.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Die Bemessungsgrundlagen für die Beteiligung am Überschuss und die Verwendung der Überschussanteile ergeben sich aus den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

- (2) Die Beiträge der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind so kalkuliert, dass die zu erwartenden Aufwendungen für Leistungsfälle und Kosten gedeckt werden können, ohne dass darüber hinaus ein Kapitalbetrag angespart wird, der bei Erleben des Ablaufs der Versicherung ausbezahlt wäre. Weil aus den Beiträgen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen keine Beträge zur nachhaltigen Bildung von Kapitalanlagen zur Verfügung stehen, entfallen bei einer gemäß § 153 Absatz 3 VVG vorzunehmenden verursachungsorientierten Zuordnung der in den Kapitalanlagen enthaltenen Bewertungsreserven keine Bewertungsreserven auf die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen. Sie erhält daher keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 9 Wann und in welchem Umfang können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne Gesundheitsprüfung erhöhen?

- (1) Hat die versicherte Person das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, können Sie die Berufsunfähigkeitsrente (siehe § 1 Absatz 1 b) für sich allein oder zusammen mit der Berufsunfähigkeitsrente durch Unfall (siehe § 1 Absatz 2 c) in den ersten fünf Versicherungsjahren jeweils zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Erhöhungsoption).
- (2) Hat die versicherte Person das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, können Sie die Berufsunfähigkeitsrente (siehe § 1 Absatz 1 b) für sich allein oder zusammen mit der Berufsunfähigkeitsrente durch Unfall (siehe § 1 Absatz 2 c) jeweils zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin ohne erneute Gesundheitsprüfung nach Eintritt folgender Lebensereignisse bei der versicherten Person erhöhen:
 - Heirat,
 - Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes,
 - Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung,
 - Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit als Hauptberuf,
 - das Bruttojahresarbeitseinkommen bei nichtselbstständiger Tätigkeit überschreitet erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - Erhöhung des Bruttojahresarbeitseinkommens bei nichtselbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres,
 - Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie,
 - Scheidung,
 - Kürzung der gesetzlichen Rentenanwartschaften durch Gesetz,
 - Wegfall oder Kürzung einer berufsbedingten, insbesondere berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung,
 - Erreichen der Volljährigkeit,
 - Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z.B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt,
 - Erfolgreicher Abschluss einer Meisterprüfung,
 - Finanzierung (Immobilienwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000 EUR.
- (3) Die Erhöhungsoption kann nur ausgeübt werden, sofern
 - bis zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung die versicherte Person weder berufsunfähig bzw. erwerbsgemindert war noch ein möglicher Leistungsfall im Hinblick auf Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit gemeldet wurde und uns dieses bestätigt wird,
 - die Zusatzversicherung beitragspflichtig ist und
 - die Berufsunfähigkeitsjahresrente zusammen mit einer etwaigen Berufsunfähigkeitsrente durch Unfall einschließlich Erhöhung und einschließlich anderweitig bestehender Berufsunfähigkeitsanwartschaften 60 % des letzten Bruttojahresarbeitseinkommens der versicherten Person nicht übersteigt.

Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung durchgeführte Erhöhungen entfallen rückwirkend.

- (4) Die monatliche Berufsunfähigkeitsrente darf zusammen mit einer etwaigen zusätzlichen Berufsunfähigkeitsrente durch Unfall maximal auf 2.500 EUR erhöht werden. Bei dieser Obergrenze sind weitere bei uns bestehende Versicherungen, bei denen eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, zu berücksichtigen. Die Erhöhungsoption kann mehrfach bis zu den beschriebenen Grenzen ausgeübt werden.

Soweit die Grenze für die Höchstbarrente, die in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" aufgeführt ist, nicht überschritten wird, erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente unabhängig von der Versicherungssumme der Hauptversicherung. Mit Erreichen dieser Grenze wird die Versicherungssumme der Hauptversicherung ebenfalls, d.h. im selben Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente, erhöht.

Ausübung der Option

- (5) Wenn Sie von der Erhöhungsoption Gebrauch machen möchten, müssen Sie die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses und spätestens einen Monat vor dem Erhöhungstermin in Textform beantragen und entsprechend nachweisen (z. B. Abschlusszeugnis, Geburtsurkunde des Kindes, Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde).

Die Erhöhung erfolgt durch Abschluss eines von uns für die Erhöhungsoption angebotenen neuen Vertrages. Grundlage für diesen Vertrag sind die dann gültigen Tarife, Versicherungsbedingungen und Steuerregelungen sowie das dann erreichte rechtmäßige Alter der versicherten Person, die restliche Laufzeit und die dann gültigen Annahmerichtlinien; hierbei berücksichtigen wir gegebenenfalls Erkenntnisse über Ihre Erkrankungen oder Beschwerden aus bereits erfolgten Leistungsprüfungen.

§ 10 Welche Bausteine können Sie nachträglich einschließen und wann können Sie Bausteine ausschließen?

Nachträglicher Einschluss von Bausteinen

- (1) Wenn Sie den Baustein Leistungen bei Berufsunfähigkeit durch Unfall (siehe § 1 Absatz 2 c) nicht bereits zu Beginn der Versicherung vereinbart haben, können Sie verlangen, dass er nachträglich während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung, spätestens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person, eingeschlossen wird. Für den Baustein gelten die Bestimmungen des § 1 Absatz 2 c. Der Einschluss ist vom Ergebnis einer erneuten Risikoprüfung abhängig.
- (2) Wenn Sie den Pflegebaustein (siehe § 1 Absatz 2 d) nicht bereits zu Beginn der Versicherung vereinbart haben und der von Ihnen abgeschlossene Tarif den Einschluss zulässt, können Sie verlangen, dass er nachträglich während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung, spätestens bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person, eingeschlossen wird. Für den Pflegebaustein gelten die "Besonderen Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung (Pflegebaustein)" und die bei Einschluss gültigen Rechnungsgrundlagen für unseren Neuzugang an Pflegerenten-Zusatzversicherungen. Der Einschluss ist vom Ergebnis einer erneuten Risikoprüfung abhängig.

Ausschluss von Bausteinen

- (3) Sie können jeden Baustein zum Ende eines Monats aus dem Vertrag ausschließen. Bei Ausschluss eines Bausteins wird der Beitrag für die verbleibenden Versicherungsleistungen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet.

Ihre Pflichten

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

Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit

- (1) Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung verlangt, müssen uns folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:
- a) ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - c) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen im Hinblick auf eine Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit;
 - d) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;
 - e) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;
 - f) 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 oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

- (2) Bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit (siehe § 3 Absatz 7) sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit und
 - der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland,
 - oder - falls ein Bescheid noch nicht vorliegt - zunächst die medizinischen Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung bzw. der MEDICPROOF GmbH für die private Pflegepflichtversicherung.

Besteht keine gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung oder haben sich die gesetzlichen Definitionen für die Pflegebedürftigkeit seit Vertragsabschluss geändert, sind uns folgende Unterlagen unverzüglich einzureichen:

- ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Reha- Kliniken u. ä., die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Folgen und voraussichtliche Dauer der vorliegenden Erkrankung/en, sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit vonseiten des behandelnden Arztes eine detaillierte - insbesondere auch zeitliche - Darstellung und Begründung
- des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den alltäglichen Verrichtungen sowie von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- vonseiten der pflegenden Person oder der mit der Pflege betrauten Einrichtung eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots

- (3) Bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (siehe § 3 Absatz 8) ist uns der amtliche Bescheid sowie die dazugehörigen Unterlagen einzureichen.

Weitere ärztliche Untersuchungen bzw. Nachweise bei Berufsunfähigkeit

- (4) Wir können außerdem -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. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und -falls erforderlich- Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Mitwirkungspflichten bei Arbeitsunfähigkeit

- (5) Werden Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beansprucht, müssen uns die folgenden Unterlagen vorgelegt werden:
- für Personen, für die ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung, ein Anspruch auf Krankentagegeld oder eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit besteht, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen entsprechend der in Deutschland geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen;
 - für andere Personen (wie z.B. Selbständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder Beamte des öffentlichen Dienstes) entsprechende privatärztliche Berichte, wie etwa Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld oder Dienstunfähigkeitsbescheinigungen;
 - für nicht erwerbstätige Personen (wie z.B. Hausfrauen/Hausmänner oder Studenten) entsprechende vergleichbare ärztliche Bescheinigungen;
 - soweit vorliegend, amts- oder betriebsärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) oder der Agentur für Arbeit sowie Gesundheitszeugnisse.
 - Außerdem können wir bei Arbeitsunfähigkeit innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsschluss zusätzlich Auskünfte verlangen. Hierzu hat die versicherte Person Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Die Ausfertigungen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Patienten bzw. die Krankenkasse sind mit Angabe der Diagnose-Codes mindestens in Kopie vorzulegen.

Fälligkeit der Leistungen und Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten

- (6) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 5 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 dazu führen, dass unsere Leistung nicht oder nur teilweise fällig wird.

Kosten

- (7) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.
- (8) Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

§ 12 Welche Schadenminderungspflichten sind bei Berufsunfähigkeit und bei Arbeitsunfähigkeit zu beachten?

Wenn eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist die versicherte Person verpflichtet

- geeignete Hilfsmittel zu verwenden (zum Beispiel Brille, Prothese) bzw.
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

§ 13 Was ist nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit zu beachten?

Nachprüfung

- (1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 3 Absatz 3 ausübt.
- (2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte (z. B. ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte, Unterlagen über eine ausgeübte Tätigkeit der versicherten Person sowie Einkünfte aus dieser Tätigkeit) und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 11 Absatz 4 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

- (3) Folgendes müssen Sie uns unverzüglich mitteilen:
- den Wegfall der Pflegebedürftigkeit (§ 3 Absatz 7)
 - den Wegfall des vollständigen Tätigkeitsverbots aus medizinischen Gründen nach dem Infektionsschutzgesetz (§ 3 Absatz 8)
 - eine Wiederaufnahme Ihrer früheren oder die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit
 - sowie eine betriebliche Umorganisation

Leistungseinstellung

- (4) Wenn wir feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt, teilen wir Ihnen dies unter Angabe der Gründe mit. Nach dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung stellen wir die Leistungen ein. Zu diesem Zeitpunkt muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

§ 14 Welche Folgen hat die Verletzung von Schadenminderungspflichten und Mitwirkungspflichten im Rahmen des Nachprüfungsverfahrens?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach den § 12 und § 13 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 auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie nachweisen, dass

- die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist oder
- 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.

Leistungsausschlüsse

§ 15 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit beruht. Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit verursacht ist:
 - a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Bei nicht vorsätzlichen Verkehrsdelikten und fahrlässigen Verstößen leisten wir trotzdem;
 - b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - c) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
- f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit
 - während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war oder
 - während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und sie an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei teilgenommen hat und der Einsatz mit einem Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE erfolgte.
- (2) Wir leisten außerdem nicht, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz
 - von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wird,

wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Wir leisten in diesen Fällen jedoch uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 16 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Grundsätze

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen auch zum Beginn der Rentenzahlung und bei Risikoversicherungen auch mit Ausübung des Umtauschrechts, endet die Zusatzversicherung und damit auch der Versicherungsschutz.
- (2) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung und einer gegebenenfalls abgeschlossenen Pflegerenten-Zusatzversicherung (Rückkaufswert der Hauptversicherung, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung bzw. Pflegerenten-Zusatzversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten. Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor dem Wirksamwerden der Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.

Beendigung dieser Zusatzversicherung

- (3) Sofern keine anerkannten oder festgestellten Ansprüche aus Ihrer Zusatzversicherung bestehen, können Sie diese für sich allein oder zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Mit Kündigung endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung.
- (4) Eine einmalige Kapitalzahlung zur Abfindung anerkannter oder festgestellter Ansprüche aus der Zusatzversicherung können Sie nicht verlangen.

Beitragsfreistellung dieser Zusatzversicherung

- (5) Nach § 165 VVG können Sie bei einer Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach Absatz 3, allerdings nur zusammen mit der Hauptversicherung, verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Die beitragsfreien Versicherungsleistungen errechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

- (6) Eine Fortführung der Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 5 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente (siehe § 1 Absatz 1 b) bzw. die Berufsunfähigkeitsrente durch Unfall (siehe § 1 Absatz 2 a) jeweils nicht unter den Mindestbetrag sinken, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" aufgeführt ist. Die derzeit gültigen "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" sind als Anlage beigefügt. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten. Wird die beitragsfreie Mindestrente auch unter Ausschluss aller zusätzlich eingeschlossenen Bausteine (siehe § 1 Absatz 2 und § 10) nicht erreicht, endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung.

Stundung der Beiträge

- (7) Ergänzend zu den Stundungsregelungen der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung können Sie verlangen, dass
- die Beiträge für die Haupt- und Zusatzversicherung bei gesetzlicher Elternzeit bis zu 24 Monate zinslos gestundet werden,
 - die gestundeten Beiträge und Stundungszinsen statt durch Nachentrichtung in einem Betrag durch eine Vertragsänderung (z. B. eine Beitragserhöhung oder eine Verringerung der garantierten Rente) verrechnet werden.

Herabsetzung des Versicherungsschutzes der Hauptversicherung

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

Abtretung oder Verpfändung

- (9) Ansprüche auf Rentenleistungen aus dieser Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, so ist diese uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt worden ist. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben. Zulässig ist jedoch deren Abtretung oder Verpfändung an Versorgungsberechtigte, wenn diese Zusatzversicherung zu einer Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung abgeschlossen ist.

Ablauf der Beitragszahlungsdauer

- (10) Besteht die Zusatzversicherung zu einer betrieblich veranlassten Rentenversicherung oder Kapital bildenden Lebensversicherung und ist eine Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer dieser Zusatzversicherung nicht eingetreten, wird der frei werdende Zusatzbeitrag weitergezahlt. Er wird ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Erhöhung der Leistung aus der Hauptversicherung verwendet. Dies setzt voraus, dass
- weiterhin Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung besteht und
 - Sie nicht bis zum Ende des zweiten Monats nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer dieser Zusatzversicherung widersprechen.

Diese Erhöhung erfolgt im Falle einer betrieblich veranlassten Kapital bildenden Lebensversicherung jedoch nur, wenn deren restliche Laufzeit noch mindestens drei Jahre beträgt.

Die Berechnung der erhöhten Leistungen erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person, der restlichen Laufzeit bzw. Aufschubzeit der Hauptversicherung und der ursprünglichen Annahmebedingungen.

Die Leistungen aus weiteren gegebenenfalls eingeschlossenen Zusatzversicherungen werden im gleichen Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

Erfolgt keine Erhöhung, reduziert sich der Gesamtbeitrag um den wegfallenden Beitrag für diese Zusatzversicherung.

Versicherungsteuer

- (11) Ist der Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht von der Versicherungsteuer befreit, sind Sie zur Erstattung der von uns an das Finanzamt abzuführenden Versicherungsteuer verpflichtet.

Nähere Informationen zur Versicherungsteuer finden Sie im Steuermerkleblatt unter der Überschrift "Versicherungsteuer"

§ 17 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

- (1) Wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, rufen Sie uns gerne an. Wir beantworten Ihnen gerne Ihre Fragen und erklären Ihnen, wie die Prüfung Ihres Leistungsantrages ablaufen wird:
- welche Unterlagen wir von Ihnen benötigen,
 - was die Beschreibung Ihrer Tätigkeit beinhalten muss,
 - welche Unterlagen wir von Ihnen für unsere Prüfung benötigen,
 - wie Sie Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsunfähigkeit oder volle Erwerbsminderung nachweisen können.

Während der gesamten Prüfung Ihres Leistungsanspruchs steht Ihnen Ihre persönliche Ansprechpartnerin bzw. Ihr persönlicher Ansprechpartner zur Verfügung. Ebenso bieten wir Ihnen an, weitere Fragen in einem persönlichen Gespräch zu klären.

- (2) Wurde die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 3 Absatz 1) oder berufsunfähig wegen Pflegebedürftigkeit (siehe § 3 Absatz 7) und hat sie deswegen freiwillig einen oder mehrere Rehabilitations-Dienst(e) auf eigene Kosten in Anspruch genommen, zahlen wir eine Rehabilitationshilfe von bis zu maximal 1.000 EUR. Voraussetzung ist, dass die Inanspruchnahme des Rehabilitations-Dienstes geeignet ist, zu einer schnelleren Wiederherstellung der Berufsfähigkeit beizutragen. Ihnen steht die freie Wahl aus allen am Markt verfügbaren entsprechenden Dienstleistern offen. Wenn Sie sich bereits im Vorfeld einer Inanspruchnahme an uns wenden, prüfen wir gerne vorab, ob wir eine entsprechende Eignung anerkennen. Ob die Maßnahmen tatsächlich den beabsichtigten Erfolg erzielen, ist für unsere Leistung ohne Bedeutung.

Die Rehabilitationshilfe kann einmalig oder mehrfach in Anspruch genommen werden, insgesamt jedoch maximal in Höhe einer Gesamtleistung von 1.000 EUR für alle bei der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen.

§ 18 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung verlängern?

- (1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder in dem für Sie zuständigem berufsständischen Versorgungswerk erhöht wird, können Sie die Versicherungsdauer Ihres Vertrags - ohne erneute Risikoprüfung - um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlä-

gert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend. Die Risikoeinstufung des Versicherungsvertrags, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, bleibt unverändert.

(2) Voraussetzungen für eine Verlängerung

- a) Sie müssen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihres Vertrags innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Änderung zur Erhöhung in der Deutschen Rentenversicherung oder in dem für Sie zuständigen berufsständischen Versorgungswerk in Textform beantragen.
- b) Die versicherte Person darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer das 45. Lebensjahr nicht vollendet haben.
- c) Bei Ihrem Vertrag ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- d) Ihr Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt.
- e) Die versicherte Person hat noch keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erhalten.

(3) Auswirkungen der Verlängerung

Ihre Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen zugrunde legen. Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

Besondere Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung (Pfle- gebaustein)

(Stand 01.01.2022)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Die Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie nur in Verbindung mit einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abschließen.

Inhaltsverzeichnis

Erläuterung einiger Begriffe

Leistungen und Versicherungsschutz

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?	§ 2
Was ist Pflegebedürftigkeit?	§ 3
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 4
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?	§ 5

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

Wann und in welchem Umfang können Sie Ihre Pflegerente ohne Gesundheitsprüfung erhöhen?	§ 6
---	-----

Ihre Pflichten

Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 7
Welche Schadenminderungspflichten sind bei Pflegebedürftigkeit zu beachten?	§ 8
Was ist nach Anerkennung der Pflegebedürftigkeit zu beachten?	§ 9
Welche Folgen hat die Verletzung von Schadenminderungspflichten und Mitwirkungspflichten im Rahmen des Nachprüfungsverfahrens?	§ 10

Leistungsausschlüsse

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 11
---	------

Sonstige Vertragsbestimmungen

Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 12
Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung verlängern?	§ 13

Erläuterung einiger Begriffe

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen unterstrichen.

Die **Beitragszahlungsdauer** ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

Als **Bewertungsreserven** bezeichnen wir den Wert, der entsteht, wenn der Zeitwert der Kapitalanlagen ihren in der Bilanz ausgewiesenen Wert übersteigt.

Hauptversicherungen sind Versicherungsverträge wie Rentenversicherungen oder Risikoversicherungen, die um Zusatzversicherungen erweitert werden können. Eine Zusatzversicherung kann ohne Hauptversicherung nicht abgeschlossen werden bzw. endet mit Wegfall der Hauptversicherung.

Karenzzeit ist der Zeitraum vom Entstehen des Anspruchs auf Leistungen aus dieser Zusatzversicherung bis zum Beginn der Leistungen.

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten.

Textform ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes, Telefaxes oder einer ausdrückbaren E-Mail abgegeben wird.

Versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird.

Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung pflegebedürftig im Sinne von § 3, erbringen wir folgende Leistungen:

- (1) **Pflegerente**
Wir zahlen eine Pflegerente monatlich im Voraus.
- (2) **Anfangshilfe**
Wir zahlen zusätzlich einen Betrag in Höhe von drei Monatsrenten, wenn erstmals eine Rente aus dieser Zusatzversicherung fällig wird.

§ 2 Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?

- (1) Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Zusatzversicherung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 3 eingetreten ist. Die Pflegebedürftigkeit muss uns in Textform gemeldet werden. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Wird uns die Pflegebedürftigkeit innerhalb von zwölf Monaten nach ihrem Eintritt angezeigt, leisten wir ab dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt. Bei späterer Anzeige erbringen wir die Leistungen ab Beginn des Monats Ihrer Anzeige bei uns. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Verspätung der Meldung weder von Ihnen noch vom Anspruchserhebenden verschuldet worden ist.
- (2) Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, werden die Leistungen nach § 1 Absatz 1 und 2 aus dieser Zusatzversicherung frühestens mit dem Ablauf der vereinbarten Karenzzeit fällig, sofern die Pflegebedürftigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und nach deren Ablauf noch andauert. Wir erbringen diese Rentenleistungen nur für die Zeit nach dem Ablauf der Karenzzeit.
- (3) Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Zusatzversicherung endet,
 - wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt oder
 - wenn die versicherte Person stirbt.
- (4) Während der Leistungsprüfung sind die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Antrag stunden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht noch fällig werdenden Beiträge zinslos. Besteht danach kein Leistungsanspruch, müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen Sie können mit uns in diesem Fall auch eine Rückzahlung in Raten über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten oder - sofern möglich - eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung vereinbaren.

§ 3 Was ist Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um eine versicherte Person handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens in der nachfolgend beschriebenen Schwere bestehen.

Mindestens Pflegegrad 3

Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 47,5 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 47,5 entspricht mindestens dem Pflegegrad 3 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022). Die "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Anwendung der entsprechenden Regelungen des Sozialgesetzbuches (SGB) XI in der Fassung vom 01.01.2022

- (2) Die Definition der Pflegebedürftigkeit entspricht der Definition der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Sozialgesetzbuch XI) in der Fassung vom 01.01.2022. Bei künftigen Änderungen der gesetzlichen Definition oder der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bleibt die Definition der Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1 unverändert.

Für die Konkretisierungen der Inhalte des Begutachtungsinstruments - u.a. für die pflegefachliche Konkretisierung der pflegefachlichen Beschreibungen der Kriterien nach Absatz 1 (entspricht § 14 Absatz 2 SGB XI) - findet die Begutachtungs-Richtlinie nach § 17 SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022 Anwendung. Wird die Begutachtungs-Richtlinie bei unveränderter gesetzlicher Definition der Pflegebedürftigkeit angepasst, ist die geänderte Begutachtungs-Richtlinie anzuwenden. Etwas anderes gilt, wenn die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinie aufgrund einer Änderung der §§ 14 und 15 SGB XI erfolgt. In diesem Fall findet die Begutachtungs-Richtlinie in der zuletzt gültigen Fassung vor der Gesetzesänderung Anwendung.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und ab wann wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Diese Erklärung geben wir innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen (vgl. § 7) ab. Dabei werden wir kein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Wir informieren Sie während der Prüfung alle vier Wochen über den Sachstand und fordern zeitnah fehlende Unterlagen an.

§ 5 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den Überschüssen, die jährlich im Rahmen unseres handelsrechtlichen Jahresabschlusses festgestellt werden. Die Zusatzversicherung gehört demselben Überschussverband an wie die Hauptversicherung.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Die Bemessungsgrundlagen für die Beteiligung am Überschuss und die Verwendung der Überschussanteile ergeben sich aus den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

- (2) Die Beiträge von Pflegerenten-Zusatzversicherungen sind so kalkuliert, dass die zu erwartenden Aufwendungen für Leistungsfälle und Kosten gedeckt werden können, ohne dass darüber hinaus ein Kapitalbetrag angespart wird, der bei Erleben des Ablaufs der Versicherung ausbezahlt wäre. Weil aus den Beiträgen von Pflegerenten-Zusatzversicherungen keine Beträge zur nachhaltigen Bildung von Kapitalanlagen zur Verfügung stehen, entfallen bei einer gemäß § 153 Absatz 3 VVG vorzunehmenden verursachungsorientierten Zuordnung der in den Kapitalanlagen enthaltenen Bewertungsreserven keine Bewertungsreserven auf Pflegerenten-Zusatzversicherungen. Pflegerenten-Zusatzversicherungen erhalten daher keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 6 Wann und in welchem Umfang können Sie Ihre Pflegerente ohne Risikoprüfung erhöhen?

- (1) Sie können die Pflegerente nur zusammen mit der zugehörigen Berufsunfähigkeitsrente erhöhen (Erhöhungsoption), wenn die in den Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung aufgeführten Voraussetzungen für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente erfüllt sind.
- (2) Die monatliche Pflegerente darf maximal auf 1.500 EUR erhöht werden. Bei dieser Obergrenze sind weitere bei uns bestehende Versicherungen, bei denen eine Pflegerente mitversichert ist, zu berücksichtigen. Die Erhöhungsoption kann mehrfach bis zu den beschriebenen Grenzen ausgeübt werden.

Ausübung der Option

- (3) Die Erhöhung erfolgt durch Abschluss eines von uns für die Erhöhungsoption angebotenen neuen Vertrages. Grundlage für diesen Vertrag sind die dann gültigen Tarife, Versicherungsbedingungen und Steuerregelungen sowie das dann erreichte rechnungsmäßige Alter der versicherten Person, die restliche Laufzeit und die dann gültigen Annahmerichtlinien; hierbei berücksichtigen wir gegebenenfalls Erkenntnisse über Ihre Erkrankungen oder Beschwerden aus bereits erfolgten Leistungsprüfungen.

Ihre Pflichten

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

Mitwirkungspflichten bei Pflegebedürftigkeit

- (1) Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung verlangt, müssen uns folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:
- a) ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
 - c) der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland,
 - d) oder - falls ein Bescheid noch nicht vorliegt - zunächst die medizinischen Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung bzw. der MEDICPROOF GmbH für die private Pflegepflichtversicherung;
 - e) 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 oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

Besteht keine gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung oder haben sich die gesetzlichen Definitionen für die Pflegebedürftigkeit seit Vertragsabschluss geändert, sind folgende Unterlagen unverzüglich einzureichen:

- f) ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken u. ä., die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Folgen und voraussichtliche Dauer der vorliegenden Erkrankung/en, sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - g) vonseiten des behandelnden Arztes eine detaillierte - insbesondere auch zeitliche - Darstellung und Begründung des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den alltäglichen Verrichtungen sowie von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - h) vonseiten der pflegenden Person oder der mit der Pflege betrauten Einrichtung eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege.
- (2) Wir können außerdem -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. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und -falls erforderlich- Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

- (3) Wir können vor jeder Rentenzahlung ein Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzahlen.

Fälligkeit der Leistungen und Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten

- (4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles 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 dazu führen, dass unsere Leistung nicht oder nur teilweise fällig wird.

Kosten

- (5) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.
- (6) Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

§ 8 Welche Schadenminderungspflichten sind bei Pflegebedürftigkeit zu beachten?

Wenn eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist die versicherte Person verpflichtet

- geeignete Hilfsmittel zu verwenden (zum Beispiel Brille, Prothese) bzw.
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

§ 9 Was ist nach Anerkennung der Pflegebedürftigkeit zu beachten?

Nachprüfung

- (1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen; dies gilt auch während Karenzzeiten.
- (2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte (z. B. ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte, Unterlagen der pflegenden Person oder Einrichtung) und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 7 Absatz 2 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

- (3) Sie müssen uns den Wegfall der Pflegebedürftigkeit bzw. eine Änderung des Pflegegrades unverzüglich mitteilen. Sobald ein Änderungsbescheid der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung vorliegt, ist uns dieser einzureichen.

Leistungseinstellung

- (4) Wenn wir feststellen, dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt, teilen wir Ihnen dies unter Angabe der Gründe mit. Nach dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung stellen wir die Leistungen ein. Zu diesem Zeitpunkt muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer und die Versicherungsdauer der zugehörigen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung noch nicht abgelaufen ist.

§ 10 Welche Folgen hat die Verletzung von Schadenminderungspflichten und Mitwirkungspflichten im Rahmen des Nachprüfungsverfahrens?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach den § 8 und § 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 auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie nachweisen, dass

- die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist oder
- 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, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

Leistungsausschlüsse

§ 11 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache die Pflegebedürftigkeit beruht. Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht ist:
 - a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Bei nicht vorsätzlichen Verkehrsdelikten und fahrlässigen Verstößen leisten wir trotzdem;
 - b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - c) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
- f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit
 - während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war oder
 - während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und sie an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei teilgenommen hat und der Einsatz mit einem Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE erfolgte.

- (2) Wir leisten außerdem nicht, wenn die Pflegebedürftigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz
- von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wird, wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Wir leisten in diesen Fällen jedoch uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 12 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung?

Grundsätze

- (1) Die Pflegerenten-Zusatzversicherung bildet mit der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, eine Einheit; sie kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet, endet die Pflegerenten-Zusatzversicherung und damit auch der Versicherungsschutz.

Beendigung der Pflegerenten-Zusatzversicherung

- (2) Sofern keine anerkannten oder festgestellten Ansprüche aus Ihrer Pflegerenten-Zusatzversicherung bestehen, können Sie diese für sich allein oder zusammen mit der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kündigen. Mit Kündigung endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung.
- (3) Eine einmalige Kapitalzahlung zur Abfindung anerkannter oder festgestellter Ansprüche aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie nicht verlangen.

Beitragsfreistellung der Pflegerenten-Zusatzversicherung

- (4) Nach § 165 VVG können Sie bei einer Pflegerenten-Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach Absatz 4, allerdings nur zusammen mit der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Die beitragsfreie Versicherungsleistung errechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.
- (5) Eine Fortführung der Pflegerenten-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 4 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Pflegerente nicht unter den Mindestbetrag sinkt, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" aufgeführt ist. Die derzeit gültigen "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" sind als Anlage beigefügt. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten. Wird die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht, wird der sich nach Absatz 4 ergebende Betrag zur Erhöhung der beitragsfreien Versicherungsleistung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verwendet, und die Pflegerenten-Zusatzversicherung erlischt.

Herabsetzung des Versicherungsschutzes der Hauptversicherung

- (6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung bzw. der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die Absätze 3, 4 und 5 entsprechend.

Abtretung oder Verpfändung

- (7) Ansprüche auf Rentenleistungen aus dieser Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, so ist diese uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt worden ist. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben. Zulässig ist jedoch deren Abtretung oder Verpfändung an Versorgungsberechtigte, wenn diese Zusatzversicherung zu einer Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung abgeschlossen ist.

Versicherungsteuer

- (8) Ist der Beitrag für die Pflegerenten-Zusatzversicherung nicht von der Versicherungsteuer befreit, sind Sie zur Erstattung der von uns an das Finanzamt abzuführenden Versicherungsteuer verpflichtet.

Nähere Informationen zur Versicherungsteuer finden Sie im Steuermerkblatt unter der Überschrift "Versicherungsteuer"

§ 13 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung verlängern?

- (1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder in dem für Sie zuständigen berufsständischen Versorgungswerk erhöht wird, können Sie die Versicherungsdauer Ihres Vertrags - ohne erneute Risikoprüfung - um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend. Die Risikoeinstufung des Versicherungsvertrags, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, bleibt unverändert.
- (2) Voraussetzungen für eine Verlängerung
- a) Sie müssen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihres Vertrags innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Änderung zur Erhöhung in der Deutschen Rentenversicherung oder in dem für Sie zuständigen berufsständischen Versorgungswerk in Textform beantragen.
 - b) Die versicherte Person darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer das 45. Lebensjahr nicht vollendet haben.
 - c) Bei Ihrem Vertrag ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
 - d) Ihr Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt
 - e) Die versicherte Person hat noch keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erhalten.
- (3) **Auswirkungen der Verlängerung**
Ihre Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bleiben unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch an-

dere als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen zugrunde legen. Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

Besondere Bedingungen für die Risiko-Zusatzversicherung

(Stand 01.01.2022)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 2
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?	§ 3
Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen?	§ 4
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 5

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Bei Tod der versicherten Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung wird die vereinbarte Risiko-Zusatzversicherungssumme fällig. Die Leistung wird ausgezahlt, sofern es sich bei der Versicherung nicht um eine Rentenversicherung als Direktversicherung handelt.

Bei einer Direktversicherung wird die Leistung aus der Risiko-Zusatzversicherung zur Erhöhung der versicherten Hinterbliebenenrente gemäß § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Bedingungen verwendet. Im Fall der Zahlung eines Sterbegeldes gemäß § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Bedingungen wird die fällige Leistung aus der Risiko-Zusatzversicherung so begrenzt, dass die Gesamtleistung die gewöhnlichen Beerdigungskosten nicht übersteigt.

Bei einer Rückdeckungsversicherung zu einer Unterstützungskassenversorgung wird, wenn bei Tod der versicherten Person keine Hinterbliebenen im Sinne der Versorgungszusage der ÖBAV Unterstützungskasse e. V. vorhanden sind, die Leistung aus der Risiko-Zusatzversicherung so begrenzt, dass die Gesamtleistung das Sterbegeld nach §§ 2 und 3 Körperschafts-Durchführungsverordnung (derzeit 7.669,- EUR) nicht übersteigt.

§ 2 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Bei Rentenversicherungen erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung darüber hinaus spätestens zum Beginn der Rentenzahlung.
- (2) Die Zusatzversicherung können Sie für sich allein oder zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Mit Kündigung endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung.
- (3) Nach § 165 VVG können Sie bei einer Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach Absatz 2, allerdings nur zusammen mit der Hauptversicherung, verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Ein aus Ihrer Zusatzversicherung eventuell zur Verfügung stehender Betrag wird zur Erhöhung der beitragsfreien Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet, und die Zusatzversicherung erlischt.
- (4) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gilt Absatz 2 entsprechend.
- (5) Endet die Beitragszahlungsdauer dieser Zusatzversicherung, reduziert sich der Gesamtbeitrag um den wegfallenden Beitrag für diese Zusatzversicherung.

Besteht die Zusatzversicherung jedoch zu einer Rentenversicherung als Direktversicherung oder zu einer Rückdeckungsversicherung zu einer Unterstützungskassenversorgung, wird der frei werdende Zusatzbeitrag bis zum Ablauf der Beitragszahlungspflicht der Hauptversicherung weitergezahlt und ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Erhöhung der Leistung aus der Hauptversicherung und einer gegebenenfalls eingeschlossenen Beitragsbefreiungsleistung einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verwendet, sofern Sie nicht bis zum Ende des zweiten Monats nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Risiko-Zusatzversicherung widersprechen. Die Erhöhung erfolgt nicht, wenn bei einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eine Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Risiko-Zusatzversicherung eingetreten ist.

Die Berechnung der Leistungserhöhung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alters*) der versicherten Person, der restlichen Dauer bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung und dem bei Vertragsabschluss gültigen Tarif.

- (6) Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 3 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den Überschüssen, die jährlich im Rahmen unseres handelsrechtlichen Jahresabschlusses festgestellt werden. Die Zusatzversicherung gehört demselben Überschussverband an wie die Hauptversicherung.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Die Bemessungsgrundlagen für die Beteiligung am Überschuss und die Verwendung der Überschussanteile ergeben sich aus den beigefügten Bestimmungen zur Überschussbeteiligung (zusätzliche Angaben). Die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung sind Bestandteil dieser Bedingungen.

- (2) Die Beiträge von Risiko-Zusatzversicherungen sind so kalkuliert, dass die zu erwartenden Aufwendungen für Leistungsfälle und Kosten gedeckt werden können, ohne dass darüber hinaus ein Kapitalbetrag angespart wird, der bei Erleben des Ablaufs der Versicherung auszuzahlen wäre. Weil aus den Beiträgen von Risiko-Zusatzversicherungen keine Beträge zur nachhaltigen Bildung von Kapitalanlagen zur Verfügung stehen, entfallen bei einer gemäß § 153 Absatz 3 VVG vorzunehmenden verursachungsorientierten Zuordnung der in den Kapitalanlagen enthaltenen Bewertungsreserven keine Bewer-

tungsreserven auf Risiko-Zusatzversicherungen. Risiko-Zusatzversicherungen erhalten daher keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

§ 4 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Versicherungsschutz besteht insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod findet.
- (2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Deckungskapitals Ihrer Zusatzversicherung. Das Deckungskapital ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für die vereinbarten Leistungen berechnete Kapital. Mindestens zahlen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe "Wie werden die Abschlusskosten verrechnet?" in den Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung) angesetzten tariflichen einmaligen Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

Die Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegereignissen stirbt, an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

- (3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Deckungskapitals Ihrer Zusatzversicherung (siehe Absatz 2), sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. seit Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls zahlen wir das für den Todestag berechnete Deckungskapital Ihrer Zusatzversicherung (siehe § 5 Absatz 2) aus.
- (3) Vereinbaren Sie mit uns nachträglich eine Erhöhung der unter Risiko stehenden Summe (Versicherungsleistung im Todesfall abzüglich des mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten Deckungskapitals), gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

*) Das rechnungsmäßige Alter einer versicherten Person zu einem Termin ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr dieses Termins und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Besondere Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung

(Stand 01.01.2022)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 3
Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?	§ 4
Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?	§ 5
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach einem Unfalltod?	§ 6
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 7
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 8
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?	§ 9

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Stirbt die versicherte Person an den Folgen eines Unfalls, zahlen wir die vereinbarte Unfall-Zusatzversicherungssumme, wenn
 - a) der Unfall sich nach In-Kraft-Treten der Zusatzversicherung ereignet hat und
 - b) der Tod eingetreten ist
 - während der Dauer der Zusatzversicherung,
 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und
 - vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet hat.
- (2) Bei der Versicherung auf das Leben von zwei Personen wird die Unfall-Zusatzversicherungssumme für jede versicherte Person gezahlt, für die die Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wenn die versicherten Personen gleichzeitig infolge desselben Unfallereignisses sterben und die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind. Als gleichzeitig gilt auch, wenn die versicherten Personen innerhalb von 14 Tagen an den Folgen des Unfalls sterben.

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (2) Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - a) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- c) Unfälle durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- d) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht sind.
Wir werden jedoch leisten, wenn sich der Unfall während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ereignet hat und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
- e) Unfälle, die 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 verursacht sind, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Buchstabe d bleibt unberührt.
- f) Unfälle als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges. Unfälle bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit.
- g) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- h) Unfälle durch Strahlen und Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- i) Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Wir werden jedoch leisten, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diese Versicherung fallenden Unfall veranlasst waren.

- j) Infektionen, die durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen verursacht sind, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen (nicht durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen) in den Körper gelangt sind.

Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person verursacht sind. Wir werden jedoch leisten, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diese Versicherung fallenden Unfall veranlasst waren.

- k) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
l) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.
m) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 % mitgewirkt, vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

§ 5 Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

- (1) Der Unfalltod der versicherten Person ist uns unverzüglich - möglichst innerhalb von 48 Stunden - mitzuteilen.
- (2) Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 6 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach einem Unfalltod?

- (1) Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 5 von Ihnen oder dem Ansprucherhebenden 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 oder der Ansprucherhebende die Mitwirkungspflicht nur leicht fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Auf die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben (§ 28 Abs. 4 VVG). Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Vorlage sämtlicher erforderlicher Unterlagen entsprechend dieser Besonderen Bedingungen zur Leistung verpflichtet.
- (2) Wird die Zustimmung zur Obduktion nach § 5 Absatz 2 verweigert, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit, es sei denn, dieses Verhalten ist ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht.

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

- (1) Zur Feststellung unserer Leistungspflicht sind uns die notwendigen Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen zu erbringen. Zusätzlich können wir erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
- (2) Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Frist beginnt mit dem Eingang der notwendigen Nachweise und nach Abschluss der erforderlichen Erhebungen.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen auch zum Ende des letzten Versicherungsjahres vor Rentenbeginn, erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung.

Beim Umtausch einer Risikoversicherung können Sie die Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung fortführen. Dabei darf sich das zu Beginn der Risikoversicherung vereinbarte Verhältnis zwischen der Unfall-Zusatzversicherungssumme und der Leistung aus der Hauptversicherung nicht erhöhen.

- (2) Die Zusatzversicherung können Sie für sich allein kündigen. Nach der Kündigung wird - sofern vorhanden - das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Kündigungstermin berechnete Deckungskapital Ihrer Zusatzversicherung erstattet.
- (3) Nach § 165 VVG können Sie bei einer Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach Absatz 2, allerdings nur zusammen mit der Hauptversicherung, verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Die beitragsfreie Versicherungsleistung errechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Ein eventuell verbleibender, gemäß Absatz 2 verbleibender Betrag wird zur Erhöhung der beitragsfreien Leistungen aus der Hauptversicherung verwendet und die Zusatzversicherung erlischt.

Auf besonderen Antrag ist jedoch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung möglich, wenn die Umwandlung zusammen mit der Hauptversicherung erfolgt und wenn die erforderliche Deckungsrückstellung*) für die beitragsfreie Zusatzversicherung durch Zuzahlung oder aus der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung erbracht wird. Dabei wird das Verhältnis zwischen der Unfall-Zusatzversicherungssumme und der Leistung aus der Hauptversicherung nicht verändert.

- (4) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gilt Absatz 2 entsprechend.
- (5) Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 9 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den Überschüssen, die jährlich im Rahmen unseres handelsrechtlichen Jahresabschlusses festgestellt werden. Die Zusatzversicherung gehört demselben Überschussverband an wie die Hauptversicherung.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Die Bemessungsgrundlagen für die Beteiligung am Überschuss und die Verwendung der Überschussanteile ergeben sich aus den beigefügten Bestimmungen zur Überschussbeteiligung (zusätzliche Angaben). Die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung sind Bestandteil dieser Bedingungen.

- (2) Die Beiträge von Unfall-Zusatzversicherungen sind so kalkuliert, dass die zu erwartenden Aufwendungen für Leistungsfälle und Kosten gedeckt werden können, ohne dass darüber hinaus ein Kapitalbetrag angespart wird, der bei Erleben des Ablaufs der Versicherung ausbezahlt wäre. Weil aus den Beiträgen von Unfall-Zusatzversicherungen keine Beträge zur nachhaltigen Bildung von Kapitalanlagen zur Verfügung stehen, entfallen bei einer gemäß § 153 Absatz 3 VVG vorzunehmenden verursachungsorientierten Zuordnung der in den Kapitalanlagen enthaltenen Bewertungsreserven keine Bewertungsreserven auf Unfall-Zusatzversicherungen. Unfall-Zusatzversicherungen erhalten daher keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

-
- *) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341e und § 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit

(Stand 01.01.2022)

Inhaltsverzeichnis

Was ist Pflegebedürftigkeit?	§ 1
Welche Begutachtungsbereiche und Begutachungskriterien sind maßgeblich?	§ 2
Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?	§ 3
Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?	§ 4
Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?	§ 5
Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?	§ 6

§ 1 Was ist Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um eine versicherte Person handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens in der nachfolgend beschriebenen Schwere bestehen.

- (a) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" - mindestens Pflegegrad 3**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 47,5 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 47,5 entspricht mindestens dem Pflegegrad 3 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).
- (b) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" - mindestens Pflegegrad 4**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 70 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 70 entspricht mindestens dem Pflegegrad 4 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).
- (2) Die Definition der Pflegebedürftigkeit entspricht der Definition der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022. Bei künftigen Änderungen der gesetzlichen Definition oder der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bleibt die Definition der Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1 (a) und (b) unverändert.

Anwendung der entsprechenden Regelungen des SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022

Für die Konkretisierungen der Inhalte des Begutachtungsinstruments - u.a. für die pflegfachliche Konkretisierung der pflegfachlichen Beschreibungen der Kriterien nach Absatz 1 (a) und (b) (entspricht § 14 Absatz 2 SGB XI) - findet die Begutachtungs-Richtlinie nach § 17 SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022 Anwendung.

Wird die Begutachtungs-Richtlinie bei unveränderter gesetzlicher Definition der Pflegebedürftigkeit angepasst, ist die geänderte Begutachtungs-Richtlinie anzuwenden. Etwas anderes gilt, wenn die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinie aufgrund einer Änderung der §§ 14 und 15 SGB XI erfolgt. In diesem Fall findet die Begutachtungs-Richtlinie in der zuletzt gültigen Fassung vor der Gesetzesänderung Anwendung.

§ 2 Welche Begutachtungsbereiche und Begutachungskriterien sind maßgeblich?

Begutachtungsbereiche mit Begutachungskriterien (Module)

- (1) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden berücksichtigt.
- (2) **Modul 1: Mobilität**
Kriterien: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen
- (3) **Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Kriterien: 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
- (4) **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Kriterien: 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
- (5) **Modul 4: Selbstversorgung**

Kriterien: 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 parental oder über Sonde

(6) Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Kriterien:

- (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 Abfuhrmethoden, 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 sowie
- (d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

(7) Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Kriterien: 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 Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?

Nach ärztlicher Begutachtung der Selbständigkeiten und Fähigkeiten der versicherten Person erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl in folgenden Schritten:

- Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul (siehe § 4)
- Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich sowie der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte (siehe § 5)
- Ermittlung der Gesamtpunkte durch Addieren der gewichteten Punkte aller Module (siehe § 6)

§ 4 Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?

- (1) Je Modul sind für die in den Modulen genannten Kriterien (siehe § 2) die nachfolgend 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 die nachfolgenden aufgeführten Einzelpunkte zugeordnet.

(a) Modul 1: Einzelpunkte im Bereich Mobilität

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 2 genannten fünf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

(b) Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 3 genannten elf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
Fähigkeit vorhanden / uneinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
0	1	2	3

(c) Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 4 genannten dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Kategorien			
nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zwei-mal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
0	1	3	5

(d) Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 5 genannten dreizehn Kriterien, deren Ausprägungen grundsätzlich jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

Wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung wird bei den Kriterien **"Trinken"** und **"Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls"** die Punkte verdoppelt, bei dem Kriterium **"Essen"** die Punkte verdreifacht.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der **"Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma"** und **"Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma"** 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.

Abweichend hiervon wird das Kriterium **"Ernährung parental oder über Sonde"** in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien		
entfällt	teilweise	vollständig
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.

- (e) **Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 6 genannten sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (a) und (b)

Für jedes in § 2 Absatz 6 (a) und (b) aufgeführte Kriterium wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen,

- die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Tag),
 - die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Woche) und
 - die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Monat)
- erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Kategorien			
entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
	pro Tag	pro Woche	pro Monat
0			

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird summiert. (Beispiel: Erfolgt täglich dreimal eine Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Die Häufigkeit der Maßnahmen pro Woche bzw. pro Monat 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.

Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 a):
Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
seltener als einmal täglich: 0 Punkte
ein- bis dreimal täglich: 1 Punkt
vier- bis achtmal täglich: 2 Punkte
mehr als achtmal täglich: 3 Punkte

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 b):
Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
seltener als einmal pro Woche: 0 Punkte
einmal oder mehrmals wöchentlich: 1 Punkt
ein- bis zweimal täglich: 2 Punkte
mindestens dreimal täglich: 3 Punkte

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)

- **Kriterium "Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung"**

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:

Kategorien			
entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	60	8,6	2

- **Übrige Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)**

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der übrigen Kriterien des § 2 Absatz 6 (c) wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Kategorien		
entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	4,3	1

Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen (länger als drei Stunden), werden die Punkte verdoppelt.

Die Punkte der Kriterien des § 2 Absatz 6 c) werden addiert und anhand der Summe der jeweils 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 des § 2 Absatz 6 d)**

Die Ausprägungen dieses Kriteriums werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
0	1	2	3

(f) **Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 7 genannten sechs Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
0	1	2	3

Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul

(2) Die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in einem Modul werden im Anschluss addiert (Summe der Einzelpunkte je Modul).

§ 5 Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?

(1) Die Summe der Einzelpunkte je Modul ist dem in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen.

Wir erläutern Ihnen nachfolgend

- wie in jedem Modul die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche gegliedert sind (Absatz 2), und
- wie die jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte zuzuordnen sind (Absatz 3).

Gliederung der jeweils in den Modulen erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche

(2) In jedem Modul sind die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Tabelle in § 6 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:

- **Punktbereich 0:**
keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 1:**
geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 2:**
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 3:**
schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 4:**
schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Zuordnung der in jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte

(3) 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 der Tabelle in § 6 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet.

Die Module werden wie folgt gewichtet:

- **Modul 1:** Mobilität mit 10 Prozent
- **Modul 2 und Modul 3:** Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent
- **Modul 4:** Selbstversorgung mit 40 Prozent
- **Modul 5:** Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent
- **Modul 6:** Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent

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.

Beispiel für eine Zuordnung der Summe der Einzelpunkte anhand des Moduls 1 Mobilität

(4) Beträgt die Summe der Einzelpunkte im **Modul 1 Mobilität 8 Punkte**, wird die ermittelte Summe der Einzelpunkte dem Punktbereich 3 (6-9 Punkte) zugeordnet. Der Punktbereich 3 dieses Moduls ist mit 7,5 Punkten gewichtet (siehe § 6). Die gewichtete Punktzahl 7,5 ist maßgeblich für die Berechnung der Gesamtpunktzahl nach § 6.

§ 6 Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

In der nachfolgenden Tabelle zur Bewertungssystematik sind je Modul die in einem Punktbereich jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten mit gewichteten Punkten dargestellt.

Modul	Punktbereich					
	0	1	2	3	4	
1	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte
2	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte
3	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte
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	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte
	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte
5	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte
6	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte
	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte

Ermittlung der Gesamtpunktzahl

Die Gesamtpunktzahl wird durch das Addieren der gewichteten Punkte aller Module ermittelt.

Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option

(Stand 01.01.2017)

A. Karenzzeit

Die Karenzzeit ist der Zeitraum vom Entstehen des Anspruchs auf Leistung bis zum Beginn der Leistung aus der Dread Disease-Option.

B. Wartezeit

Ist eine Wartezeit vereinbart, zahlen wir die vereinbarte Leistung bei Eintritt der schweren Krankheit nach Ablauf der Wartezeit. Tritt die schwere Krankheit vor Ablauf der Wartezeit ein, besteht kein Anspruch auf Leistung aus der Dread Disease-Option.

C. Schwere Krankheiten

Als schwere Krankheiten im Sinne der Dread Disease-Option gelten folgende Krankheiten:

1. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Ein Herzinfarkt im Sinne der Bedingungen ist der Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Auftreten der typischen Brustschmerzen (pectanginösen Schmerzen)
- Frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien
- Für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern
- Nachweis der Infarktnarbe durch eine Reduzierung der Funktion der linken oder rechten Herzkammer durch den Herzinfarkt.

Diese Reduzierung der Funktion muss mit medizinischen bildgebenden Verfahren, z.B. durch eine verminderte Auswurfraction des Herzens (Ejektionsfraction), eine schwere Wandbewegungsstörungen des Herzmuskels (Hypokinesie) oder durch Abnormalitäten der Herzwandbewegung nachgewiesen werden.

2. Schlaganfall (Apoplektischer Insult)

Ein Schlaganfall im Sinne der Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch ein Computertomogramm (CT), ein Kernspintomogramm (MRI) oder andere gleichwertige bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- Hat die versicherte Person das dritte Lebensjahr vollendet, so muss der Schlaganfall zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - Vollständiger dauerhafter, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernder Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neurologisch nachgewiesen werden.
 - Bei der versicherten Person liegt eine durch einen Schlaganfall verursachte Schädigung des Sehentrums im Gehirn mit den Folgen eines Gesichtsfeldausfalles beider Augen vor. Es muss auf beiden Augen mindestens je ein Quadrant auf der gleichen Seite betroffen sein und die Diagnose ist durch einen Augenarzt zu bestätigen.
- Hat die versicherte Person das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet, so muss der Schlaganfall zu einer dauerhaften, neurologisch nachweisbaren schweren Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Entwicklung der versicherten Person führen.
- Die Beurteilung, ob die oben aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, hat frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall zu erfolgen, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Insofern wird die in dem Paragraphen "Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit (Dread Disease-Option)" der Allgemeinen Bedingungen genannte Karenzzeit von 28 Tagen für diese Krankheit durch drei Monate ersetzt.

3. Chronisches Nierenversagen (Anurie)

Chronisches Nierenversagen im Sinne der Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im Endstadium, das eine regelmäßige Blutwäsche (Dauerdialysebehandlung) oder eine Nierentransplantation erforderlich macht. Die Notwendigkeit der Dauerdialysebehandlung muss durch einen nierenärztlichen (nephrologischen) Bericht belegt werden. Das versicherte Ereignis tritt mit Beginn der Dialysebehandlung oder mit erfolgter Transplantation ein.

4. Krebs

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (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 ärztliche Diagnose muss durch Vorlage des feingeweblichen (histologischen) - bzw. für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome blutzellnachweislichen (zytologischen) - Befundes bestätigt sein.

Besondere Wartezeit bei einer Krebserkrankung und Leistungsausschlüsse:

- Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
 - erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
 - eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt; oder

- nach einer innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages eingetretenen Krebserkrankung zu einem späteren Zeitpunkt Tochtergeschwülste (Metastasen) auftreten.
- b) Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Diese sind medizinisch wissenschaftlich wie folgt definiert:
 - Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
 - Frühformen der Leukämie (außer der Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt.
 - Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
 - Carcinoma-in-situ oder prae-maligne Formen.
 - Frühformen des Mundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
 - Frühformen des Hautkrebses und maligner 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.
 - Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
 - Frühformen des Schilddrüsenkrebs oder Blasenkrebs als papilläre Mikrokarzinome.
- c) Ferner fallen - unabhängig vom Stadium - das Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung nicht unter den Versicherungsschutz.

5. Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne der Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- a) Bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein.
- b) Bei chronisch voranschreitendem (progredientem) Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der erstmaligen ärztlichen Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein. Insofern wird bei chronisch voranschreitendem Verlauf die in dem Paragraphen "Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit (Dread Disease-Option)" der Allgemeinen Bedingungen genannte Karenzzeit von 28 Tagen durch ein Jahr ersetzt.
- c) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - Es liegt ein neurologisch nachgewiesener Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom) vor.

Besondere Wartezeit bei Multipler Sklerose und Leistungsausschluss:

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
- b) eine Diagnose von Multipler Sklerose innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.

6. HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit -

Eine HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit - der versicherten Person im Sinne der Bedingungen liegt vor, wenn die HIV-Infektion durch Verletzung oder durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- a) Die versicherte Person muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben, und der Beruf der versicherten Person muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.
- b) Die versicherte Person muss innerhalb von fünf Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.
- c) Die Serokonversion muss innerhalb von sechs Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- d) Innerhalb von zwölf Monaten nach dem Vorfall müssen HIV-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.
- e) Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.

Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:

- Ärzte / innen (Allgemeinärzte / -innen, Fachärzte / innen, etc.)
- Zahnärzte / -innen
- Krankenschwestern / -pfleger
- Personal in medizinischen Einrichtungen
- Krankenhauspersonal
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Arzthelfer / -innen
- Zahnarzthelfer / -innen
- Hebammen
- Sanitäter
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Polizisten / -innen
- Gefängnispersonal
- Zahntechniker / -innen

7. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien)

Eine Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien) im Sinne der Bedingungen ist die Durchführung einer Operation an den Koronararterien unter Eröffnung des Brustraumes mit operativer Korrektur von zwei oder mehr Gefäßabschnitten zur Behebung einer nachgewiesenen Verengung oder eines Verschlusses von Herzkranzgefäßen. Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein.

Besondere Wartezeit bei einer Bypass-Operation der Herzkranzgefäße und Leistungsausschluss:

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages durchgeführt wird.

Besondere Bedingungen für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

(Stand 01.01.2022)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

- (1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen mit Ausnahme der Risiko-Zusatzversicherung erhöht sich jeweils
 - im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung, mindestens jedoch um jährlich 5 % des jeweiligen Vorjahresbeitrags
 - oder
 - um einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Prozentsatz zwischen 1 % und 10 %. Dabei wird die Erhöhung immer vom jeweiligen Vorjahresbeitrag berechnet.

Der vereinbarte Erhöhungsmaßstab wird im Versicherungsschein genannt.

- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres. Ist als Erhöhungsmaßstab der Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung vereinbart, ist das Verhältnis zwischen dem Höchstbeitrag am jeweiligen Erhöhungstermin und dem Höchstbeitrag zu Beginn des vorangegangenen Versicherungsjahres maßgeblich.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.
- (3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt fünf Jahre vor Beginn der Abrufphase.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Verwendung der zusätzlichen Beiträge für die Hauptversicherung erfolgt analog zu der Verwendung des ursprünglich vereinbarten Beitrags ab dem Erhöhungstermin. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter* der versicherten Person, der restlichen Laufzeit des Vertrages und dem bei Vertragsabschluss gültigen Tarif. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- (2) Wir sind berechtigt, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen des bestehenden Vertrages künftigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen berechnete Rechnungsgrundlagen zugrunde zu legen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu sichern.

Zu diesem Zweck können wir für die Berechnung künftiger Erhöhungen der Versicherungsleistungen als Rechnungsgrundlagen

- bei einer unerwartet starken Änderung der Lebenserwartung: die Sterbetafel
- bei einer unerwartet starken Veränderung des Leistungsbedarfs für eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung: die Wahrscheinlichkeitstabellen für das Berufsunfähigkeits-Risiko
- bei einer nachhaltig gesunkenen Rendite der Kapitalanlagen: den Rechnungszins

verwenden, die nach Maßgabe der jeweils gültigen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen und den offiziellen Stellungnahmen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) als gebotene Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung** der Versicherungsleistungen gelten. Die Änderung der Rechnungsgrundlagen kann auch mehrmals erfolgen.

Anpassungen können wir jeweils nur innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen vornehmen. Sie werden nur wirksam, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden wir Ihnen bekannt geben. Bereits erfolgte Erhöhungen der Versicherungsleistungen bleiben von der Änderung unberührt.

- (3) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, werden ihre Versicherungsleistungen - mit Ausnahme der Leistung der Risiko-Zusatzversicherung - im gleichen Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht, solange für die Zusatzversicherungen Beitragszahlungspflicht besteht.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph "Wie werden die Abschlusskosten verrechnet?" der Allgemeinen Bedingungen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen in den Paragraphen der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen, die im Zusammenhang mit der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung genannt werden, nicht erneut in Lauf. Die Erhöhungen sind wie die vereinbarten Grundversicherungen an den Überschüssen beteiligt.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen.
- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- (4) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ohne Leistungsdynamik mit eingeschlossen, erfolgen im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen keine Erhöhungen, solange Ihre Beitragszahlungspflicht aufgrund einer Leistung aus der Zusatzversicherung ganz oder teilweise entfällt.

*) Das erreichte rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem der Erhöhungsteil in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 88 Absatz 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341e und § 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

Welche Steuerregelungen gelten für die private (auch fondsgebundene) Rentenversicherung?

(Stand 01.01.2022)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 01.01.2022). Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung Ihrer Versicherung ändern. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir Ihnen, steuerliche Beratung in Anspruch zu nehmen.

Einkommensteuer

1. Rentenleistungen aus der Hauptversicherung

Gezahlte lebenslange Leibrenten unterliegen in Höhe des Ertragsanteils als sonstige Einkünfte der Besteuerung, sofern eine eventuell vereinbarte Rentengarantiezeit die durchschnittliche Lebenserwartung nicht überschreitet. Der Ertragsanteil wird mit einem Prozentsatz aus den jährlichen Renten errechnet. Dieser Prozentsatz richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Beginn der Rentenzahlung (§ 22 EStG).

Bei Wahl einer zeitlich befristeten Rente (abgekürzte Leibrente) ist der Ertrag gem. § 20 EStG zu versteuern. Als Ertrag zu versteuern ist die Differenz zwischen der fälligen Rentenzahlung und dem darauf entfallenden Beitragsanteil. Dies gilt auch, wenn die Rente im Todesfall aufgrund einer vereinbarten Rentengarantiezeit an den Rechtsnachfolger weitergezahlt wird. Bei fondsgebundenen Versicherungen reduziert sich der steuerpflichtige Ertrag um 15 Prozent, soweit dieser aus Investmenterträgen von Publikumsfonds stammt (vgl. § 20 Absatz 1 Nr. 6 Satz 9 EStG) (sog. Teilfreistellungsverfahren). Die Abfindung der ausstehenden Renten der Rentengarantiezeit unterliegt jedoch nicht der Einkommensteuer. Die steuerpflichtigen Erträge unterliegen der Kapitalertragsteuer (vgl. § 43 EStG), die wir gegebenenfalls mit zusätzlichen Steuern (z.B. dem Solidaritätszuschlag) einbehalten. Die weitere steuerliche Behandlung dieser Erträge erfolgt analog "2. Kapitaleleistungen aus der Hauptversicherung". Diese Steuern werden an das zuständige Finanzamt abgeführt und Sie erhalten über den Kapitalertrag und die abgeführten Beträge von uns eine Steuerbescheinigung als Nachweis gegenüber Ihrem Finanzamt.

2. Kapitaleleistungen aus der Hauptversicherung

Bei Rentenversicherungen gehören die Erträge aus konventionellen und fondsgebundenen privaten Rentenversicherungen bei Kapitaleleistungen im Erlebensfall und bei Rückkauf zu den Einkünften aus Kapitalvermögen.

Der steuerpflichtige Ertrag ist der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (vgl. § 20 EStG Abs. 1 Nr. 6). Bei fondsgebundenen Versicherungen reduziert sich der steuerpflichtige Ertrag um 15 Prozent, soweit dieser aus Investmenterträgen von Publikumsfonds stammt (vgl. § 20 Absatz 1 Nr. 6 Satz 9 EStG) (sog. Teilfreistellungsverfahren). Erfolgt die Kapitaleistung nach Beginn der Rentenzahlung, wird bei der Ermittlung des Unterschiedbetrags berücksichtigt, dass auf die bis zum Zeitpunkt der Auszahlung geleisteten Rentenzahlungen anteilige Versicherungsbeiträge entfielen. Beiträge zu Berufsunfähigkeits- und Unfall-Zusatzversicherungen dürfen nicht von der Versicherungsleistung abgezogen werden, d. h. sie dürfen den Ertrag nicht mindern.

Bei entgeltlichem Erwerb des Anspruchs auf die Versicherungsleistung treten die Anschaffungskosten an die Stelle der vor dem Erwerb entrichteten Beiträge (vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 3 EStG).

Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von zwölf Jahren seit dem Vertragsabschluss ausgezahlt, wird die Hälfte des Ertrages bei der Festsetzung der Einkommensteuer angesetzt (sog. Hälftebesteuerung).

Sofern die steuerpflichtige Leistung mehreren Steuerpflichtigen gemeinschaftlich zufließt, ist die Aufteilung der Erträge nach Köpfen vorzunehmen, wenn kein abweichendes Verhältnis vereinbart ist.

Die steuerpflichtigen Erträge unterliegen der Kapitalertragsteuer (vgl. § 43 EStG), die wir gegebenenfalls mit zusätzlichen Steuern (z.B. dem Solidaritätszuschlag) einzubehalten und an das zuständige Finanzamt abzuführen haben. Bemessungsgrundlage für die Kapitalertragsteuer ist stets - auch bei der Hälftebesteuerung - der volle steuerpflichtige Ertrag. Im Falle der Hälftebesteuerung wird die zu viel gezahlte Kapitalertragsteuer im Wege der Einkommensteuererklärung erstattet.

Die steuerpflichtigen Erträge unterliegen grundsätzlich einem gesonderten Steuertarif (vgl. § 32d EStG), durch den die Kapitalertragsteuer abgegolten wird (Abgeltungsteuer). Liegt der persönliche Steuersatz des Steuerpflichtigen unter 25 Prozent, kann er im Rahmen der Einkommensteuererklärung die Besteuerung mit seinem persönlichen Steuersatz beantragen. Bei der Hälftebesteuerung findet die Abgeltungsteuer keine Anwendung; die steuerpflichtigen Erträge werden stets mit dem individuellen Steuersatz besteuert.

Wenn für den Steuerpflichtigen eine Kirchensteuerpflicht besteht, behalten wir die auf die Kapitalertragsteuer entfallende Kirchensteuer ein und führen sie an das zuständige Finanzamt ab. Zuvor fragen wir beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) unter Angabe der Steuer-Identifikationsnummer und des Geburtsdatums automatisiert ab, ob der Steuerpflichtige kirchensteuerpflichtig ist (sog. Anlassabfrage). Das BZSt teilt uns dann eine etwaige Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft und den geltenden Kirchensteuersatz mit.

Der Steuerpflichtige kann mit amtlich vorgeschriebenem Vordruck schriftlich beim BZSt der Übermittlung von Daten zur Religionszugehörigkeit widersprechen (sog. Erklärung zum Sperrvermerk, weitere Informationen auf www.bzst.de). In diesem Fall ist der Steuerpflichtige für das betreffende Kalenderjahr verpflichtet, eine Einkommensteuererklärung abzugeben. Die Kirchensteuer wird dann vom Finanzamt auf Basis der Kapitalertragsteuer veranlagt. Ein Sperrvermerk kann vom BZSt nur berücksichtigt werden, wenn der Widerspruch spätestens zwei Monate vor unserer Datenabfrage dort eingegangen ist. Vor der Anlassabfrage werden wir den Steuerpflichtigen über die bevorstehende Datenabfrage sowie sein Widerspruchsrecht gegenüber dem BZSt informieren.

Gehört der Steuerpflichtige keiner Religionsgemeinschaft an, oder hat er der Datenübermittlung widersprochen, teilt uns das BZSt einen sog. Nullwert mit. In diesen Fällen behalten wir keine Kirchensteuer ein.

Über den Kapitalertrag und die abgeführten Beträge erhalten Sie von uns eine Steuerbescheinigung als Nachweis gegenüber Ihrem Finanzamt.

Zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehört auch der Gewinn aus der Veräußerung von Ansprüchen auf eine Versicherungsleistung. Wir sind gesetzlich verpflichtet nach Kenntniserlangung von einer Veräußerung unverzüglich Mitteilung an das für den Steuerpflichtigen zuständige Wohnfinanzamt zu machen und auf Verlangen des Steuerpflichtigen eine Bescheinigung über die Höhe der entrichteten Beiträge im Zeitpunkt der Veräußerung zu erteilen.

Leistungen, die im Todesfall gezahlt werden, unterliegen nicht der Einkommensteuer.

3. Leistungen aus Zusatzversicherungen

Gezahlte Renten aus Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen unterliegen in Höhe des Ertragsanteils für zeitlich begrenzte Leibrenten als sonstige Einkünfte der Besteuerung (vgl. § 22 Abs. 1 EStG in Verbindung mit § 55 EStDV).

Versicherungsleistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit aus einer Pflegerenten-Zusatzversicherung sind grundsätzlich gemäß § 3 Nr. 1a EStG einkommensteuerfrei, wenn die Versicherungsleistung der versicherten Person zukommt.

Kapitalleistungen aus Unfall-Zusatzversicherungen und Risiko-Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

Renten aus einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung unterliegen in Höhe des Ertragsanteils als sonstige Einkünfte der Besteuerung. Der Ertragsanteil wird mit einem Prozentsatz aus den jährlichen Renten errechnet. Dieser Prozentsatz richtet sich nach dem Alter der mitversicherten Person bei Beginn der Rentenzahlung.

Erbschaft- / Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen aus Rentenversicherungen und eventuellen Zusatzversicherungen können der Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer unterliegen, wenn sie einem anderen als dem Versicherungsnehmer ausgezahlt oder zur Verfügung gestellt werden. Dieses gilt auch bei einem Wechsel des Versicherungsnehmers. In diesem Fall wird der in der Versicherung liegende Vermögenswert der Versicherung übertragen. Er wird mit dem aktuellen Rückkaufwert zum Übertragungszeitpunkt bewertet. Wir sind verpflichtet, diese Fälle vor Auszahlung bzw. Übertragung dem für die Verwaltung der Erbschaftsteuer zuständigen Finanzamt schriftlich anzuzeigen (vgl. § 3 ErbStG in Verbindung mit § 3 ErbStDV).

Mitteilungspflichten

1. Rentenbezugsmitteilungen

Der Versicherer hat über die ausgezahlten Leistungen - auch bei einer Berufsunfähigkeitsrente - eine Rentenbezugsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Bund als Zentrale Stelle zu machen (vgl. §§ 22a, 81 EStG).

2. Internationaler Austausch von Steuerdaten über Finanzkonten (gilt für Renten- und Kapitallebensversicherungen)

Zur Förderung der Steuerehrlichkeit bei internationalen Sachverhalten sind wir gesetzlich verpflichtet, zu Ihrem Vertrag Informationen, Daten und Unterlagen zu erheben. Wir verarbeiten die erhobenen Daten und melden sie ggf. an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt). Das BZSt leitet die von uns gemeldeten Daten an die zuständige ausländische Behörde des jeweiligen Staates weiter. Sie müssen uns alle Angaben, die zur Erfüllung unserer Pflichten erforderlich sind, unverzüglich offen legen. Dies gilt nicht nur bei Vertragsabschluss, sondern auch während der Vertragslaufzeit und im Leistungsfall. Bei Änderungen dieser Merkmale müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren. Insbesondere müssen Sie uns unverzüglich über Ihren Umzug ins Ausland informieren.

a. Automatischer Informationsaustausch mit EU-Mitgliedstaaten und bestimmten Drittstaaten (nicht USA)

Wir sind gesetzlich verpflichtet, zu überprüfen, ob für folgenden Staaten meldepflichtige Verträge vorliegen:

- EU-Mitgliedstaaten aufgrund der EU-Amtshilferichtlinie und
- Drittstaaten aufgrund der multilateralen Vereinbarung zum automatischen steuerlichen Informationsaustausch

Meldepflichtig sind Verträge, bei denen der Kontoinhaber bzw. der Leistungsempfänger in einer der vorgenannten Staaten steuerlich ansässig ist. Diese steuerliche Ansässigkeit richtet sich nach den lokalen Rechtsvorschriften in den jeweiligen Staaten. Wenn eine ausländische steuerliche Ansässigkeit vorliegt, sind wir zur Erhebung folgender Daten verpflichtet:

- Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer(n) sowie Geburtsdatum und -ort jeder meldepflichtigen Person, die Kontoinhaberin des Vertrags ist;
- bei einem Rechtsträger, der Kontoinhaber ist und für den eine oder mehrere beherrschende Personen ermittelt wurden, die meldepflichtige Personen sind, Name, Anschrift und Steueridentifikationsnummer(n) dieses Rechtsträgers sowie Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer(n), Geburtsdatum und -ort jeder meldepflichtigen Person.

b. Automatischer Informationsaustausch mit den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)

Wir sind nach der "FATCA-USA-Umsetzungsverordnung" verpflichtet, zu überprüfen, ob meldepflichtige Verträge vorliegen. Meldepflichtig sind Verträge, bei denen der Kontoinhaber bzw. der Leistungsempfänger in den USA steuerlich ansässig ist. Die steuerliche Ansässigkeit richtet sich nach den Rechtsvorschriften der USA.

Eine US-Steuerpflicht kann zum Beispiel bestehen, wenn einer der folgenden Sachverhalte auf die steuerpflichtige Person zutrifft:

- Die steuerpflichtige Person besitzt die US-amerikanische Staatsbürgerschaft (auch im Falle doppelter Staatsangehörigkeit).
- Die steuerpflichtige Person besitzt ein Einwanderungsvisum der USA ("Green Card").
- Die steuerpflichtige Person hat sich im laufenden Jahr über einen Zeitraum von mindestens 31 Tagen in den USA aufgehalten bzw. nimmt im laufenden Jahr einen solchen Aufenthalt vor. Zugleich beträgt die Gesamtaufenthaltsdauer in den USA innerhalb der letzten drei Jahre mindestens 183 Tage. Aufenthaltstage im laufenden Kalenderjahr zählen dabei voll (1/1), solche aus dem Vorjahr zu 1/3 und Aufenthaltstage aus dem davor liegenden Jahr zu 1/6.

Wenn eine US-Steuerpflicht vorliegt, sind wir zur Erhebung folgender Informationen und Daten verpflichtet:

- Name, Anschrift und US-amerikanische Steueridentifikationsnummer jeder spezifizierten Person der USA, die Inhaber des Vertrags ist, sowie bei einer nicht US-amerikanischen juristischen Person, für die eine oder mehrere beherrschende Personen ermittelt wurden, die spezifizierte Personen der USA sind,
- Name, Anschrift und gegebenenfalls US-amerikanische Steueridentifikationsnummer dieser juristischen Person und aller spezifizierten Personen der USA.

Sind Sie keine natürliche Person, müssen wir zusätzlich über Sitz und Organisation, sowie die für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Eigentümerstruktur informiert werden. Bei Änderungen dieser Merkmale müssen Sie uns unverzüglich informieren.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, können für Sie Nachteile entstehen, beispielsweise Meldung an Steuerbehörden unabhängig von einer tatsächlichen Steuerpflicht.

Versicherungsteuer

Die Beiträge zu Lebensversicherungen sowie Zusatzversicherungen unterliegen grundsätzlich nicht der Versicherungsteuer.

Die Beiträge unterliegen jedoch der Versicherungsteuer, soweit im Fall der Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Ansprüche begründet werden, die nicht unmittelbar oder mittelbar der Versorgung der versicherten Person (Risikoperson) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder des § 15 Abgabenordnung (AO) dienen (§ 4 Absatz 1 Nr. 5 VersStG).

Eine Versicherung dient der Versorgung der versicherten Person oder von deren Angehörigen, wenn die Versicherungsleistung diesen zugutekommen soll. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn

- der versicherten Person oder deren Angehörigen ein unbedingter Anspruch oder ein Bezugsrecht aus der Versicherung zusteht,
- die versicherte Person ein Angehöriger des Versicherungsnehmers ist und dieser die Versicherungsleistung für den Angehörigen beanspruchen kann,
- der Versicherung eine entsprechende gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers gegenüber der versicherten Person zugrunde liegt oder
- der Versicherungsnehmer die Versicherung zur Abdeckung der Risiken einer Personengruppe abschließt und er die Versicherungsleistung nur für die Gruppenmitglieder beanspruchen kann.

Bei einer Sicherungsabtretung oder Verpfändung der Ansprüche aus der Versicherung an einen Gläubiger (z.B. Kreditinstitut) im Zusammenhang mit einer Verbindlichkeit der versicherten Person dient die Versicherungsleistung im Versicherungsfall mittelbar der Versorgung der versicherten Person, da sie von einer Verbindlichkeit befreit wird.

Angehörige der versicherten Person nach § 7 PflegeZG und § 15 AO sind insbesondere

- der Verlobte, solange die Verlobung besteht,
- der Ehegatte oder Lebenspartner, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- die Großeltern, Eltern, Schwiegereltern und Stiefeltern,
- die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder und
- die Geschwister und deren Kinder.

Die Beurteilung, ob die Versicherung die Voraussetzungen der Steuerbefreiung erfüllt, nehmen wir bei Vertragsabschluss anhand der Angaben des Versicherungsnehmers vor. Diese Beurteilung legen wir solange dem Vertrag zu Grunde, bis wir Kenntnis von Umständen erlangen, die zu einer abweichenden steuerrechtlichen Beurteilung führen.

Ändern sich nach Vertragsabschluss Umstände, die zu einer von der anfänglichen Beurteilung abweichenden Beurteilung führen, beginnt oder endet die Steuerbefreiung zum Zeitpunkt des Eintritts der Umstände.

Treten nachträglich Umstände ein, die eine Steuerbefreiung begründen, wird die Versicherungsteuer auf unseren Antrag vom Finanzamt erstattet, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Eintritt dieser Umstände gezahlt worden sind. Die erstattete Steuer leiten wir an den Versicherungsnehmer weiter.

Erlischt die Steuerbefreiung, ist die Versicherungsteuer nachzuentrichten, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Entfallen der Steuerbefreiung gezahlt worden sind. In diesem Fall werden wir gemäß § 9 Abs. 7 VersStG die Versicherungsteuer beim Versicherungsnehmer nachträglich einfordern.

Wir melden die uns entrichtete Versicherungsteuer bei der zuständigen Finanzbehörde an und führen sie dorthin ab.

Die Versicherungsteuer beträgt derzeit 19 Prozent des steuerpflichtigen Beitrags.

Bei steuerpflichtigen Beiträgen informieren wir Sie über

- den Betrag der Versicherungsteuer in Euro,
- den Steuersatz und
- die vom Bundeszentralamt für Steuern erteilte Versicherungssteuer Nummer, zu der die Steuer abgeführt wird.

Umsatzsteuer (auch Mehrwertsteuer genannt)

Leistungen aus Ihrer Versicherung sind umsatzsteuerfrei.

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland

Sofern die bezugsberechtigte Person aus dem Vertrag den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, unterliegen Rentenzahlungen oder eine Kapitalleistung in Deutschland der beschränkten Einkommensteuerpflicht. Der steuerpflichtige Anteil der Rente ermittelt sich nach den gleichen, oben beschriebenen Regeln (vgl. § 49 EStG). Zusätzlich können ausländische Steuerregelungen zur Anwendung kommen.

Die Abkürzungen bedeuten:

EStG	Einkommensteuergesetz
EStDV	Einkommensteuer-Durchführungsverordnung
ErbStG	Erbschaftsteuergesetz
ErbStDV	Erbschaftsteuer-Durchführungsverordnung.
VersStG	Versicherungsteuergesetz

Welche Steuerregelungen gelten für betrieblich veranlasste Lebens- und Rentenversicherungen, die keine Direktversicherungen sind, insbesondere also für Rückdeckungsversicherungen?

(Stand 01.01.2022)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 01.01.2022). Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Lebens- oder Rentenversicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit der Versicherung garantiert werden. Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung Ihrer Versicherung ändern. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir Ihnen, steuerliche Beratung in Anspruch zu nehmen.

Einkommensteuer

- a. **Behandlung beim Betriebsvermögensvergleich (Bilanzierung)**
Beiträge zu betrieblich veranlassten Kapital bildenden Lebens- und Rentenversicherungen (in Betracht kommen nahezu ausnahmslos Rückdeckungsversicherungen zu Pensionszusagen) sind bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig.
- Die Ansprüche auf Leistungen aus Lebens- und Rentenversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, sind grundsätzlich zu aktivieren.
- Fällige Versicherungsleistungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Gleichzeitig ist der Aktivwert für die Versicherungsansprüche aufzulösen oder gegebenenfalls zu vermindern.
- b. **Behandlung bei der Einnahme-Überschussrechnung**
Wird der Gewinn durch Einnahme-Überschussrechnung (§ 4 Absatz 3 EStG) ermittelt, ist der laufende Betriebsausgabenabzug der Beiträge grundsätzlich nicht möglich. Ebenso entfällt eine Aktivierung der Versicherungsansprüche. Bei Zufluss der Versicherungsleistungen wird der Saldo aus zugeflossenen Versicherungsleistungen abzüglich der über die Laufzeit gezahlten Beiträge als Betriebseinnahme oder Betriebsausgabe erfasst.

Auf die Erträge dieser Versicherungen müssen wir Kapitalertragsteuer, gegebenenfalls mit zusätzlichen Steuern, nach den gesetzlichen Bestimmungen für Rechnung des Steuerpflichtigen einbehalten und an das zuständige Finanzamt abführen (vgl. §§ 10 und 43 EStG). Die einbehaltene Kapitalertragsteuer wird bei der Einkommensteuer bzw. Körperschaftsteuer angerechnet.

Gewerbesteuer

Beiträge zu Lebens- und Rentenversicherungen, die als Betriebsausgabe abgezogen werden können, mindern den Gewinn aus Gewerbebetrieb und damit den Gewerbeertrag als Teil der Bemessungsgrundlage für die Gewerbesteuer.

Die Ansprüche auf Leistungen aus Lebens- und Rentenversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, sind bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich grundsätzlich zu aktivieren. Fällige Versicherungsleistungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Gleichzeitig ist der Aktivwert für die Versicherungsansprüche aufzulösen oder gegebenenfalls zu vermindern.

Mitteilungspflichten

Internationaler Austausch von Steuerdaten über Finanzkonten (gilt für Renten- und Kapitallebensversicherungen)

Zur Förderung der Steuererlichkeit bei internationalen Sachverhalten sind wir gesetzlich verpflichtet, zu Ihrem Vertrag Informationen, Daten und Unterlagen zu erheben. Wir verarbeiten die erhobenen Daten und melden sie ggf. an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt). Das BZSt leitet die von uns gemeldeten Daten an die zuständige ausländische Behörde des jeweiligen Staates weiter. Sie müssen uns alle Angaben, die zur Erfüllung unserer Pflichten erforderlich sind, unverzüglich offen legen. Dies gilt nicht nur bei Vertragsabschluss, sondern auch während der Vertragslaufzeit und im Leistungsfall. Bei Änderungen dieser Merkmale müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren. Insbesondere müssen Sie uns unverzüglich über Ihren Umzug ins Ausland informieren.

1. Automatischer Informationsaustausch mit EU-Mitgliedstaaten und bestimmten Drittstaaten (nicht USA)

Wir sind gesetzlich verpflichtet, zu überprüfen, ob für folgenden Staaten meldepflichtige Verträge vorliegen:

- EU-Mitgliedstaaten aufgrund der EU-Amtshilferichtlinie und
- Drittstaaten aufgrund der multilaterale Vereinbarung zum automatischen steuerlichen Informationsaustausch

Meldepflichtig sind Verträge, bei denen der Kontoinhaber bzw. der Leistungsempfänger in einer der vorgenannten Staaten steuerlich ansässig ist. Diese steuerliche Ansässigkeit richtet sich nach den lokalen Rechtsvorschriften in den jeweiligen Staaten. Wenn eine ausländische steuerliche Ansässigkeit vorliegt, sind wir zur Erhebung folgender Daten verpflichtet:

- Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer(n) sowie Geburtsdatum und -ort jeder meldepflichtigen Person, die Kontoinhaberin des Vertrags ist;
- bei einem Rechtsträger, der Kontoinhaber ist und für den eine oder mehrere beherrschende Personen ermittelt wurden, die meldepflichtigen Personen sind, Name, Anschrift und Steueridentifikationsnummer(n) dieses Rechtsträgers sowie Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer(n), Geburtsdatum und -ort jeder meldepflichtigen Person.

2. Automatischer Informationsaustausch mit den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)

Wir sind nach der "FATCA-USA-Umsetzungsverordnung" verpflichtet, zu überprüfen, ob meldepflichtige Verträge vorliegen. Meldepflichtig sind Verträge, bei denen der Kontoinhaber bzw. der Leistungsempfänger in den USA steuerlich ansässig ist. Die steuerliche Ansässigkeit richtet sich nach den Rechtsvorschriften der USA.

Eine US-Steuerpflicht kann zum Beispiel bestehen, wenn einer der folgenden Sachverhalte auf die steuerpflichtige Person zutrifft:

- Die steuerpflichtige Person besitzt die US-amerikanische Staatsbürgerschaft (auch im Falle doppelter Staatsangehörigkeit).
- Die steuerpflichtige Person besitzt ein Einwanderungsvisum der USA ("Green Card").
- Die steuerpflichtige Person hat sich im laufenden Jahr über einen Zeitraum von mindestens 31 Tagen in den USA aufgehalten bzw. nimmt im laufenden Jahr einen solchen Aufenthalt vor. Zugleich beträgt die Gesamtaufenthaltsdauer in den USA innerhalb der letzten drei Jahre mindestens 183 Tage. Aufenthaltstage im laufenden Kalenderjahr zählen dabei voll (1/1), solche aus dem Vorjahr zu 1/3 und Aufenthaltstage aus dem davor liegenden Jahr zu 1/6.

Wenn eine US-Steuerpflicht vorliegt, sind wir zur Erhebung folgender Informationen und Daten verpflichtet:

Welche Steuerregelungen gelten für betrieblich veranlasste Lebens- und Rentenversicherungen, die keine Direktversicherungen sind, insbesondere also für Rückdeckungsversicherungen? (Stand 01.01.2022)

- Name, Anschrift und US-amerikanische Steueridentifikationsnummer jeder spezifizierten Person der USA, die Inhaber des Vertrags ist, sowie bei einer nicht US-amerikanischen juristischen Person, für die eine oder mehrere beherrschende Personen ermittelt wurden, die spezifizierte Personen der USA sind,
- Name, Anschrift und gegebenenfalls US-amerikanische Steueridentifikationsnummer dieser juristischen Person und aller spezifizierten Personen der USA.

Sind Sie keine natürliche Person, müssen wir zusätzlich über Sitz und Organisation, sowie die für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Eigentümerstruktur informiert werden. Bei Änderungen dieser Merkmale müssen Sie uns unverzüglich informieren.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, können für Sie Nachteile entstehen, beispielsweise Meldung an Steuerbehörden unabhängig von einer tatsächlichen Steuerpflicht.

Versicherungsteuer

Die Beiträge zu Lebensversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer (siehe § 4 Nr. 5 VersStG).

Umsatzsteuer (auch Mehrwertsteuer genannt)

Leistungen aus Lebens- und Rentenversicherungen sind umsatzsteuerfrei.

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland

Sofern die bezugsberechtigte Person aus dem Vertrag den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, unterliegen Rentenzahlungen oder eine Kapitaleistung in Deutschland der beschränkten Einkommensteuerpflicht. Der steuerpflichtige Anteil der Rente ermittelt sich nach den gleichen, oben beschriebenen Regeln (vgl. § 49 EStG). Zusätzlich können ausländische Steuerregelungen zur Anwendung kommen.

Die Abkürzungen bedeuten:

EStG	Einkommensteuergesetz
VersStG	Versicherungsteuergesetz

Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept

(Stand 01.01.2022)

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen. Wir können die Bestimmungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

Abgaben und Gebühren

Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (z.B. Steuern und Gebühren), die für die Versicherung erhoben werden, sowie die uns in Rechnung gestellten Gebühren für Rückläufer im Lastschriftverfahren sind uns zu erstatten.

Für eine Mahnung aufgrund der Nichtzahlung von Folgebeiträgen oder sonstigen geschuldeten Beträgen erheben wir neben den anfallenden Postgebühren eine Gebühr von 5 EUR.

Der Zinssatz für Verzugszinsen richtet sich nach der Situation am Kapitalmarkt. Er liegt jedoch höchstens 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Von jeder Zuzahlung behalten wir Gebühren in Höhe von 5,7 % der Zuzahlung ein.

Darüber hinaus werden folgende Gebühren erhoben:

- Wechsel des Versicherungsnehmers	15 EUR
- Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheines	15 EUR
- Bestätigung von Verfügungsbeschränkungen (außerhalb des Verbundes mit den Sparkassen und der Landesbausparkasse)	15 EUR
- Einzelmächtigung zur Schweigepflichtentbindung	15 EUR

Sofern nicht anders vereinbart, entnehmen wir öffentliche Abgaben und Gebühren oder Verzugszinsen Ihrem Vertragsguthaben.

Tarifabhängige Begrenzungen

1) Rentenversicherung

a) Leistungen	
- Mindestjahresrente (Prüfung zum Rentenbeginn)	300 EUR
b) Beitrag und Zuzahlungen	
- Mindestbeitrag monatlich	25 EUR
- Mindestbeitrag vierteljährlich	75 EUR
- Mindestbeitrag halbjährlich	150 EUR
- Mindestbeitrag jährlich	300 EUR
- Mindestbeitrag einmalig	5.000 EUR
- Mindestbetrag für eine Zuzahlung	250 EUR
- Höchstbetrag für die Summe der Zuzahlungen je Kalenderjahr	10.000 EUR
- Höchstbetrag für die Erhöhung des Jahresbeitrags während der Vertragslaufzeit	10.000 EUR
c) Teilauszahlung / Teilkündigung / Teilkapitalabfindung / Kapitalentnahme	
- Mindestwert der Teilauszahlung	1.000 EUR
- Mindestwert des Vertragsguthabens nach Teilauszahlung/Teilkündigung (falls beitragspflichtig, sonst 2.500 EUR)	1.000 EUR
- Mindestwert der Teilkapitalabfindung	1.000 EUR
- Mindestwert der Kapitalentnahme nach Rentenbeginn	5.000 EUR

2) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen

a) Jährliche Mindestbarrente	
- bei Berufsunfähigkeit	600 EUR
- bei Berufsunfähigkeit durch Unfall	600 EUR
- bei Arbeitsunfähigkeit	600 EUR
b) Jährliche Höchstbarrente (bei Berufsunfähigkeit inklusive Berufsunfähigkeit durch Unfall) bei Einschluss: 1200 % der versicherten (anfänglichen) Jahresrente	

3) Pflegerenten-Zusatzversicherung

- jährliche Mindestbarrente	600 EUR
-----------------------------	---------

- | | |
|--|-----------|
| 4) Risiko-Zusatzversicherung | |
| a) Mindestversicherungssumme: | 3.000 EUR |
| b) Höchstversicherungssumme: | |
| 300 % der garantierten Kapitalabfindung | |
| 5) Beitragsfreistellung / Beitragsstundung (bzw -pause) | |
| - Mindestwert des Vertragsguthabens bei vollständiger Beitragsfreistellung | 2.500 EUR |
| - Mindestwert des Vertragsguthabens bei teilweiser Beitragsfreistellung | 1.000 EUR |
| - Mindestwert des Vertragsguthabens zu Beginn der Beitragsstundung (bzw. -pause) | 1.000 EUR |