

Kundeninformationen für Basis GarantRente Vario (staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital)

der Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
(RB 30 Stand 01.01.2017)

Inhaltsverzeichnis

- Allgemeine Bedingungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital
- Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital (zusätzliche Angaben)
- Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur BasisRente
- Besondere Bedingungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung
- Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit
- Welche Steuerregelungen gelten für die staatlich förderfähige Rentenversicherung (BasisRente)?
- Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital
- Hinweise zum Datenschutz

Allgemeine Bedingungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital

(Stand 01.01.2017)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer, Beitragszahler und versicherte Person unser Vertragspartner. Bei Ihrem Vertrag handelt es sich um eine Rentenversicherung als private kapitalgedeckte Altersversorgung gemäß § 10 Einkommensteuergesetz. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. In den Bedingungen werden die vertragsrechtlichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in der Verbraucherinformation über die geltenden Steuerregelungen.

Inhalt

Erläuterung einiger Begriffe

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Wie ermittelt sich das Vertragsguthaben?	§ 3
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz und wie ist das Versicherungsjahr festgelegt?	§ 4
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	§ 5
Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	§ 6
Was geschieht, wenn ein Beitrag nicht rechtzeitig eingezogen werden kann?	§ 7
Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	§ 8
Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?	§ 9
Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	§ 10
Wer erhält die Versicherungsleistungen?	§ 11
Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?	§ 12
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?	§ 13
Welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?	§ 14
Bis wann müssen uns gegenüber versicherungsvertragliche Ansprüche spätestens geltend gemacht werden?	§ 15
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 16
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 17
Wie wird der Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds zum Ablauf gesichert?	§ 18
Was ist bei einer erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zu beachten?	§ 19
Wann können diese Bedingungen angepasst werden?	§ 20
Welche Bedeutung haben die Regelungen des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes?	§ 21

Erläuterung einiger Begriffe

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe.

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

Anlagestock bezeichnet eine gesonderte Abteilung unseres Sicherungsvermögens, in dem die auf Ihre Versicherung entfallenen Fondsanteile (Anteile an einem Sondervermögen) bis zum Beginn der Rentenzahlung getrennt geführt werden.

Anteilswert entspricht dem von der Kapitalanlagegesellschaft veröffentlichten jeweiligen Rücknahmepreis ohne Ausgabeaufschlag. Bei börsengehandelten Exchange Traded Funds (ETFs) entspricht der Anteilswert bei Kauf und Verkauf den jeweiligen von uns erzielten Kauf- oder Verkaufspreisen. Dabei berücksichtigen wir für den ETF marktübliche Handelsgebühren Dritter.

Ausgabeaufschlag ist eine einmalige Gebühr, die beim Erwerb von Fondsanteilen erhoben wird. Wir erheben keine Ausgabeaufschläge. Dies gilt auch für einen während der Vertragslaufzeit beantragten Fondswechsel.

Auszahlungsphase beginnt mit der ersten Zahlung der lebenslangen Leibrente.

Bezugsberechtigter der Erlebensfalleistung ist zwingend der Versicherungsnehmer.

Bezugsberechtigte der Todesfalleistung sind ausschließlich der Ehegatte bzw. der eingetragene Lebenspartner oder die leiblichen und deren gesetzlich gleichgestellten Kinder, für die Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Kinderfreibetrag nach § 32 Absatz 6 EStG besteht.

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. Setzt die 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.

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.

Fondsanteil ist genau eine Einheit der ausgegebenen Anteile eines Fonds. Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des jeweiligen Fonds.

Fondsguthaben ist die Summe aller Ihrem Vertrag zugeordneten Fondsanteile, multipliziert mit den jeweils maßgeblichen Anteilswerten der Fonds.

Garantiekapital ist das zum vereinbarten Rentenbeginn garantierte Kapital.

Garantiequote ist ein von Ihnen festgelegter Prozentsatz, der angibt wie viel Prozent der Beitragssumme Ihnen zum vereinbarten Rentenbeginn garantiert zur Verfügung stehen soll.

Konventionelles Teildeckungskapital ist mit einer garantierten Verzinsung angelegtes Vermögen.

Lebenspartner sind Lebenspartner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft nach § 1 des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft.

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.

Rechnungszins ist ein Zinssatz mit dem Ihr Vertragsguthaben nach Rentenbeginn mindestens verzinst wird.

Rentenfaktoren geben an, wie viel Rente sich zum Beginn der Rentenzahlung je 10.000 EUR Vertragsguthaben ergibt.

Rentengarantiezeit ist der Zeitraum, für den die vereinbarte Rente ab Rentenbeginn gezahlt wird. Bei Tod der versicherten Person wird das Deckungskapital für die noch nicht ausgezahlten Renten der Rentengarantiezeit in eine monatliche lebenslange Witwen- / Witwerrente auf das Leben und zugunsten des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners oder in eine Waisenrenten für Ihre leiblichen und ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder, für die Sie Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Kinderfreibetrag nach § 32 Absatz 6 EStG haben, umgerechnet.

Shift bezeichnet die vollständige oder teilweise Übertragung des vorhandenen Wertes des Teildeckungskapitals der freien Fonds in andere freie Fonds.

Sicherungszeitraum ist der Zeitabschnitt, innerhalb dessen der Wertsicherungsfonds 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.

Switch bedeutet, dass die für die Zuführung in die freien Fonds zur Verfügung stehenden Teile des Vertragsguthabens vollständig oder teilweise in andere von uns angebotene Fonds angelegt werden.

Teildeckungskapital der freien Fonds ist die Summe aller Ihrem Vertrag zugeordneten Fondsanteile der freien Fonds multipliziert mit den jeweiligen Anteilswerten.

Teildeckungskapital des Wertsicherungsfonds sind die Ihrem Vertrag zugeordneten Fondsanteile des Wertsicherungsfonds 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 zwingend der Versicherungsnehmer und ist diejenige Person, deren Leben versichert ist.

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

Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner, versicherte Person und Beitragszahler.

Vertragsguthaben setzt sich aus der Summe des konventionellen Teildeckungskapitals, dem Wert des Teildeckungskapitals des Wertsicherungsfonds und dem Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds zusammen.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Was bietet die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital?

- (1) Die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital bietet vor Beginn der Rentenzahlung Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock wird gesondert von unserem übrigen Vermögen geführt und in Fondsanteilen der zur Auswahl stehenden Investmentfonds getrennt angelegt.

Zur Sicherstellung des Teils des Vertragsguthabens, der zum vereinbarten Rentenbeginn garantiert ist (Garantiekapital), legen wir im Wege eines Umschichtungsverfahrens (vgl. § 3 Absatz 2) Beitragsteile in unserem übrigen Vermögen - wie bei nicht-fondsgebundenen, konventionellen Rentenversicherungen - an (vgl. Absatz 4).

Mit Beginn der Rentenzahlung werden dem Anlagestock die auf Ihren Vertrag entfallenden Fondsanteile entnommen und der zugehörige Wert in unserem übrigen Vermögen - wie bei nicht-fondsgebundenen, konventionellen Rentenversicherungen - angelegt. Die Fondsbindung entfällt; die Höhe der lebenslangen Rente ist dann nicht mehr von der Fondsentwicklung abhängig.

- (2) Sie haben vor Beginn der Rentenzahlung die Chance, bei Kurssteigerungen der Anteile der von Ihnen gewählten Investmentfonds einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Da die Wertentwicklung der Fondsanteile nicht voraussehen ist, können wir vor Beginn der Rentenzahlung die Höhe der Rente nur bis zu dem Betrag garantieren, der sich aus der von Ihnen gewählten individuellen Beitragsgarantie (vgl. Absatz 3) ergibt.

Individuelle Beitragsgarantie

- (3) Bei Vertragsschluss legen Sie fest, wie viel Prozent (zwischen 50 % und 100 %) der Beitragssumme zum vereinbarten Rentenbeginn zur Verfügung stehen soll (Garantiequote). Die aus der Garantiequote und der Beitragssumme berechnete individuelle Beitragsgarantie wird zum vereinbarten Rentenbeginn von uns garantiert und ist Grundlage für die Berechnung der garantierten Rente.

Die Beitragssumme errechnet sich aus den während der Beitragszahlungsdauer zu zahlenden Beiträgen (ohne Beitragsanteile für gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherungen) und den freiwilligen Zuzahlungen, die das Garantiekapital und die individuelle Beitragsgarantie erhöhen (vgl. § 6 Absatz 1). Haben Sie eine Garantiequote von 100 % gewählt, erhöht jede Erhöhung des Beitrages und jede freiwillige Zuzahlung das Garantiekapital und die individuelle Beitragsgarantie mit einer Garantiequote von 90 %. Zu Beginn der Versicherung entspricht die individuelle Beitragsgarantie dem Garantiekapital.

Vertragsguthaben

(4) Die Höhe der Versicherungsleistungen vor und bei Beginn der Rentenzahlung ist vom vorhandenen Vertragsguthaben abhängig. Das Vertragsguthaben ist die Summe aus:

- dem konventionellen Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung. Die garantierte Verzinsung entspricht dem in der Garantiewerttabelle im Versorgungsvorschlag angegebenen Rechnungszins,
- dem Wert des Teildeckungskapitals des Wertsicherungsfonds
und
- dem Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds.

Der Wertsicherungsfonds ist ein spezieller, auf diese Rentenversicherung zugeschnittener Fonds, der zur Sicherstellung der von der Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft gegebenen Garantie dient. Der Wertsicherungsfonds garantiert, dass das in ihn investierte Guthaben innerhalb eines Sicherungszeitraums höchstens um einen bestimmten Anteil fallen kann. Der Sicherungszeitraum umfasst jeweils einen Monat.

Durch ein der Aufsichtsbehörde gemäß § 143 VAG angezeigtes versicherungsmathematisches Umschichtungsverfahren (vgl. § 3 Absatz 2) zwischen diesen drei Teildeckungskapitalien werden einerseits das Garantiekapital sichergestellt und andererseits die Chancen gewahrt, insbesondere bei Kurssteigerungen der Fonds, einen Wertzuwachs zu erzielen. Die durch das Rechenverfahren bedingten Umschichtungen sind stets kostenlos.

Welche Versicherungsleistung erbringen wir im Erlebensfall?

(5) Die Rente wird erstmals fällig, wenn Sie den vereinbarten im Versicherungsschein genannten Rentenzahlungsbeginn erleben.

Sie können jedoch bereits während der vereinbarten - im Versicherungsschein genannten - Abrufphase zu jedem Monatsersten vorzeitig die Rentenzahlung abrufen. In diesem Fall wird die gemäß Absatz 6 berechnete Rente erstmals zum Abruftermin fällig, wenn Sie diesen Termin erleben. Der Antrag auf Abruf der vorzeitigen Rentenzahlung muss spätestens zwei Börsentage vor dem Abruftermin bei uns eingegangen sein. Andernfalls beginnt die Rentenzahlung erst am folgenden Monatsersten.

Rentenzahlungen erhalten Sie frühestens mit Vollendung Ihres 62. Lebensjahres.

Wir zahlen Ihnen die Rente lebenslang in gleich bleibender Höhe zum Ersten eines jeden Monats. Die Auszahlungsphase beginnt mit Fälligkeit der ersten Rente.

Ermittlung der Rente

(6) Zur Ermittlung der Rente führen wir zum Rentenbeginn folgende Berechnungen nach versicherungsmathematischen Grundlagen durch:

- Höhe der Rente aus dem zu Beginn der Auszahlungsphase vorhandenen Vertragsguthaben und den zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung zugrunde liegenden Rechnungsgrundlagen (z.B. Sterbetafel, Rechnungszins).
- Höhe der Rente aus dem zu Beginn der Auszahlungsphase vorhandenen Vertragsguthaben und dem garantierten Rentenfaktor gemäß Absatz 8.
- Höhe der Rente aus der individuellen Beitragsgarantie zum vereinbarten Rentenbeginn bzw. während der Abrufphase aus dem zum Abruftermin nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Deckungskapital der individuellen Beitragsgarantie und den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen (garantierte Rente). Die garantierte Rente und die Rechnungsgrundlagen können Sie dem Abschnitt "Erläuterungen zu garantierten Rentenfaktoren, garantierter Rente und Rentenhöhe" im Versorgungsvorschlag entnehmen.

Die Bewertung des Vertragsguthabens erfolgt auf Basis des ersten Börsentags eines Monats, der mit dem Rentenbeginn zusammenfällt oder ihm folgt.

Wir zahlen Ihnen die höchste der drei zuvor ermittelten Renten. Diese ist die ab Rentenbeginn vereinbarte Rente.

Rentensteigerung

(7) Ist eine Steigerung der Renten nach Beginn der Rentenzahlung vereinbart, erhöht sich die jeweilige Rente jährlich um den vereinbarten Prozentsatz, erstmals zu Beginn des zweiten Jahres der Rentenzahlung.

Garantierte Rentenfaktoren

(8) Im Versicherungsschein nennen wir Ihnen die garantierten Rentenfaktoren für Ihre Versicherung. Diese Rentenfaktoren geben an, welche Rente sich bei Beginn der Rentenzahlung in den einzelnen Jahren der Abrufphase je 10.000 Euro Vertragsguthaben mindestens ergibt. Die garantierten Rentenfaktoren basieren auf den im Abschnitt "Erläuterungen zu garantierten Rentenfaktoren, garantierter Rente und Rentenhöhe" im Versorgungsvorschlag angegebenen Rechnungsgrundlagen.

Späterer Rentenbeginn

(9) 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 richtet sich nach dem vorhandenen Vertragsguthaben und den in § 1 Absatz 6 genannten Grundlagen für die Ermittlung der Rente unter Berücksichtigung des zum tatsächlichen Rentenbeginn erreichten rechnerischen Alters der versicherten Person. Die garantierte Rente sowie die garantierten Rentenfaktoren werden für die jeweiligen rechnerischen Alter neu berechnet.

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

Der Aufschub gilt nicht für eingeschlossene Zusatzversicherungen.

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

Abfindung von Kleinbetragsrenten

- (10) Eine Kapitalabfindung anstelle der Rentenleistungen ist grundsätzlich ausgeschlossen. Wenn sich jedoch zu Beginn der Rentenzahlung eine Kleinbetragsrente im Sinne von § 10 Absatz 1 Nr. 2 Sätze 3 u. 4 i. V. m. § 93 Absatz 3 Satz 2 EStG ergibt, können wir die Rente gegen Auszahlung des Deckungskapitals abfinden. In diesem Fall erlischt der Vertrag.

Erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit

- (11) Sie können zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn oder zu einem Abruftermin verlangen, dass anstelle der jeweiligen Rente eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit gezahlt wird. Voraussetzung für den Abruf der erhöhten Altersrente ist, dass die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne des § 19 Absatz 1 ist. Ihre Anforderung der erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit muss mindestens zwei Börsentage vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung bei uns eingegangen sein. Andernfalls beginnt die Zahlung der erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit erst am folgenden Monatsersten.

Wir zahlen Ihnen die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit lebenslang in gleich bleibender Höhe zum Ersten eines jeden Monats. Rentenzahlungen erhalten Sie frühestens mit Vollendung Ihres 62. Lebensjahres.

Die Höhe der Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit wird aus dem Vertragsguthaben, das am ersten Börsentag eines Monats, der mit dem Rentenbeginn zusammenfällt oder ihm folgt, vorhanden ist, ermittelt. Abweichend von Absatz 6 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. Mindestens zahlen wir Ihnen jedoch die Rente, die sich unter Anwendung des garantierten Rentenfaktors für die Rente wegen Pflegebedürftigkeit zu diesem Rentenbeginnstermin ergibt.

Diese garantierten Rentenfaktoren basieren auf den im Abschnitt "Erläuterungen zu garantierten Rentenfaktoren, garantierter Rente und Rentenhöhe" im Versorgungsvorschlag angegebenen Rechnungsgrundlagen.

Die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit muss den Mindestbetrag, der in unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 14 festgelegt ist, erreichen.

Umwandlung in eine zertifizierte klassische Basis-Rentenversicherung

- (12) Sie können zum Ende einer Versicherungsperiode, frühestens nach 5 Versicherungsjahren, verlangen, dass Ihre staatlich förderfähige Rentenversicherung mit Garantiekapital in eine von uns zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang angebotene zertifizierte klassische staatlich förderfähige Rentenversicherung umgewandelt wird. Damit die Umwandlung fristgerecht durchgeführt werden kann, muss Ihr Antrag auf Umwandlung spätestens zwei Monate vor dem Umwandlungstermin bei uns eingegangen sein.

Durch die Umwandlung bleiben die Beitragshöhe, die Beitragszahlungsweise und der bisher vereinbarte Rentenbeginn unverändert. Die Versicherungsleistungen berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis des neuen Tarifs unter Anrechnung bereits vorhandener Werte. Sie haben bei der Umwandlung das Recht, den ursprünglichen Berufsunfähigkeitsschutz - ohne erneute Risikoprüfung - in einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung aufrecht zu erhalten. Die Höhe des Beitrags für die Zusatzversicherungen errechnet sich nach dem zum Umwandlungszeitpunkt erreichten rechnungsmäßigen Alter des Versicherten, der restlichen Beitragszahlungsdauer und der bei Vertragsabschluss erfolgten Risikoerschätzung.

Welche Versicherungsleistungen erbringen wir im Todesfall?

Tod vor Rentenbeginn

- (13) Sterben Sie vor dem Beginn der Rentenzahlung, wird das nach Tod vorhandene Vertragsguthaben in eine monatliche Witwen-/Witwerrente auf das Leben und zugunsten des Ehegatten/Lebenspartners, mit dem Sie zum Zeitpunkt Ihres Ablebens verheiratet sind bzw. in einer Lebenspartnerschaft befinden, umgerechnet. Dabei ermitteln wir den Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds und des Teildeckungskapitals des Wertsicherungsfonds zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalles. Für die Feststellung der Anzahl der Fondsanteile ist der Todestag maßgeblich. Das konventionelle Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung ermitteln wir zum Ende des Versicherungsmonats, in dem der Todesfall eingetreten ist.
- (14) Ist kein begünstigter Ehegatte/Lebenspartner vorhanden, wird das nach Tod vorhandene Vertragsguthaben in Waisenrenten für Ihre leiblichen und ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder, für die Sie Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Kinderfreibetrag nach § 32 Absatz 6 EStG haben, umgerechnet. Bei mehreren Kindern wird das umzurechnende Vertragsguthaben zu gleichen Teilen aufgeteilt. Sind keine Hinterbliebenen im vorgenannten Sinne vorhanden, erlischt die Versicherung ohne Leistungsanspruch.

Die Rentenzahlung der Hinterbliebenenrente im vorgenannten Sinne beginnt am Ersten des übernächsten Monats, nach dem die nach § 10 erforderlichen Unterlagen bei uns eingegangen sind. Die Witwen-/Witwerrente wird lebenslang gezahlt. Eine Waisenrente wird nur dann und nur so lange gezahlt, wie das Kind die Voraussetzungen für die Berücksichtigung als Kind im Sinne von § 32 EStG erfüllt, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Die Hinterbliebenenrente errechnet sich nach den dann gültigen Tarifen sowie dem dann maßgeblichen rechnungsmäßigen Alter der zu versichernden Person(en).

Tod nach Rentenbeginn

- (15) Sterben Sie innerhalb der Versicherungsdauer der Hinterbliebenenabsicherung (Rentengarantiezeit), wird das nach Tod vorhandene Kapital - das ist das Deckungskapital für die noch nicht ausgezahlten Renten der restlichen Rentengarantiezeit - in eine monatliche lebenslange Witwen-/Witwerrente auf das Leben und zugunsten des Ehegatten/Lebenspartners, mit dem Sie zum Zeitpunkt Ihres Ablebens verheiratet sind bzw. eine Lebenspartnerschaft begründet haben, umgerechnet. Die Rentengarantiezeit beginnt mit Fälligkeit der ersten Rente. Absatz 14 gilt entsprechend.

Wahlrechte zum Beginn der Rentenzahlung

- (16) Zu Beginn der Rentenzahlung können Sie verlangen, dass
- die für die Zeit nach Rentenbeginn vereinbarte Rentengarantiezeit verlängert oder verkürzt wird,
 - im Rahmen der tariflichen Bestimmungen die Rentengarantiezeit ausgeschlossen und stattdessen vereinbart wird, dass bei Tod der versicherten Person nach Beginn der Rentenzahlung das nach Tod vorhandene Kapital - das ist das zum Rentenzahlungsbeginn vorhandene Deckungskapital abzüglich bereits gezahlter vereinbarter Renten - in eine monatliche Witwen-/Witwerrente auf das Leben und zugunsten des Ehegatten/Lebenspartners, mit dem Sie zum Zeitpunkt Ihres Ablebens verheiratet sind bzw. in einer Lebenspartnerschaft befinden, umgerechnet wird.

Abweichend von Absatz 6 wird die Rente unter Berücksichtigung der Vertragsänderung für diesen Rentenbeginnstermin auf Basis der zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung geltenden Rechnungsgrundlagen neu berechnet. Mindestens zahlen wir Ihnen jedoch die Rente, die sich unter Anwendung der Rech-

nungsgrundlagen des garantierten Rentenfaktors zu diesem Rentenbeginnstermin gemäß Absatz 8 ergibt. Die garantierte Rente entfällt.

Kein weiterer Anspruch auf Auszahlung

(17) Über die Rentenzahlung, eine gegebenenfalls vereinbarte Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsleistung und die in § 2 beschriebene Überschussbeteiligung hinaus besteht kein weiterer Anspruch auf Auszahlung.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrages vor Beginn der Rentenzahlung ist die Wertentwicklung des Anlagestocks, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (vgl. § 1 Absatz 1). Darüber hinaus beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(a) Die Überschüsse vor und insbesondere nach Beginn der Rentenzahlung stammen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen des übrigen Vermögens (vgl. § 1 Absatz 1). Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen unseres übrigen Vermögens, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Absatz 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Den verbleibenden Betrag verwenden wir für die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Überschüssen. Wenn die Nettoerträge nicht für die Finanzierung der vereinbarten Leistungen ausreichen, verrechnen wir den Unterschiedsbetrag - soweit möglich - mit der Mindestzuführung aus den weiteren Überschüssen.

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere dann, wenn Kosten und nach Beginn der Rentenzahlung auch die Lebenserwartung niedriger sind als bei der Beitragskalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Absatz 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Überschussverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben (verursachungsorientiertes Verfahren).

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgut-schrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

(b) Nach § 252 Absatz 1 Ziffer 4 HGB sind die im Jahresabschluss ausgewiesenen Vermögensgegenstände vorsichtig zu bewerten und - soweit sie nicht zum Anlagestock (vgl. § 1 Absatz 1) gehören - höchstens mit ihren Anschaffungs- oder Herstellungskosten (§ 253 Absatz 1 HGB) bzw. - im Falle der in § 341c HGB genannten Kapitalanlagen - ihrem Nennbetrag anzusetzen. Übersteigt der Zeitwert der Kapitalanlagen ihren in der Bilanz ausgewiesenen Wert, entstehen Bewertungsreserven. Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven sind die Bewertungsreserven des Teils der Kapitalanlagen, der durch die Beitragszahlungen zu Kapital bildenden Versicherungen mit Überschussbeteiligung entstanden ist (überschussbeteiligungsrelevante Bewertungsreserven).

Gemäß § 54 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) wird im Anhang zum Jahresabschluss der Zeitwert zum Schluss des Geschäftsjahres für die Gesamtheit der zum Anschaffungswert oder zum Nennwert ausgewiesenen Kapitalanlagen ebenso angegeben wie der bilanzierte Wert, der Zeitwert und die Bewertungsreserven des Teils der Kapitalanlagen, der in die Berechnung der Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven einzubeziehen ist. 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 2 b).

Da der Anlagestock (vgl. § 1 Absatz 1) immer mit dem Marktwert bilanziert wird, können hieraus keine Bewertungsreserven entstehen.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

(a) Ihre Versicherung gehört vor Beginn der Rentenzahlung in der Regel zum Überschussverband Fondsgebundene Rentenversicherungen mit flexiblem Garantiekapital (Tarifwerk 2017) in der Bestandsgruppe Fondsgebundene Lebensversicherungen.

Ab Rentenbeginn wird die Versicherung in der Regel dem Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzelтарifen zugeordnet, der zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung gilt.

Sollte jedoch der garantierte Rentenfaktor Anwendung finden, wird die Versicherung in der Regel zum Rentenbeginn in einen gesonderten Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzelтарifen eingeordnet. Basiert die Verrentung Ihrer Versicherung auf der garantierten Rente wird die Versicherung in der Regel in den Überschussverband Einzel-Rentenversicherungen (Tarifwerk 2017) in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzelтарifen eingeordnet.

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

In Abhängigkeit von der jeweiligen Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Für die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit gilt abweichend § 19 Absatz 2.

- (b) Zu Beginn der Rentenzahlung und im Todesfall vor Beginn der Rentenzahlung - sofern Hinterbliebene gemäß § 1 Absatz 13 und 14 vorhanden sind - wird Ihrem Vertrag ein Anteil an den für diesen Zeitpunkt überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven gemäß Absatz 1 b mittels eines verursachungsorientierten Verfahrens rechnerisch zugeordnet. Auch während der Rentenzahlung wird Ihrem Vertrag jährlich ein Anteil an den überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven gemäß Absatz 1 b mittels eines verursachungsorientierten Verfahrens rechnerisch zugeordnet. Zur Beteiligung an den Bewertungsreserven wird von diesem Anteil mindestens die Hälfte des auf die jeweils fällige Versicherungsleistung bzw. auf die Jahresrente entfallenden Betrages verwendet.
- (c) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Überschüsse ergeben sich aus den als Anlage beigefügten "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für eine staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital (zusätzliche Angaben)". Diese sind Bestandteil dieser Bedingungen.
- (d) Die Überschussbeteiligung erhöht weder die individuelle Beitragsgarantie noch das Garantiekapital.

(3) Höhe der künftigen Überschussbeteiligung

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

§ 3 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 dem Vertragsguthaben vor Durchführung des Umschichtungsverfahrens (vgl. Absatz 2) zum Zeitpunkt der Beitragsfälligkeit zu. Die für die Beitragskalkulation tariflich festgelegten Abschlusskosten entnehmen wir monatlich gleichmäßig dem Vertragsguthaben für die Dauer von 5 Versicherungsjahren, längstens bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung. Die tariflich festgelegten - von der Höhe des Vertragsguthabens abhängigen - Verwaltungskosten entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats dem Vertragsguthaben.

Umschichtungsverfahren

- (2) Ein wichtiges Merkmal dieser Versicherung ist die Aufteilung des Vertragsguthabens. Zur Sicherstellung des Garantiekapitals werden das konventionelle Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung und das Teildeckungskapital des Wertsicherungsfonds herangezogen. Innerhalb dieser Teildeckungskapitalien erfolgt monatlich die Aufteilung in der Weise, dass nach versicherungsmathematischen Grundsätzen das Garantiekapital dauerhaft sichergestellt ist. Hierbei ist die Umschichtung aus dem konventionellen Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung auf maximal 4 % des Vertragsguthabens beschränkt.

Die Aufteilung ist z.B. abhängig vom Vertragsguthaben, der verbleibenden Zeit bis zum vereinbarten Rentenbeginn und insbesondere von der Kursentwicklung des Wertsicherungsfonds. Die Kursentwicklung des Wertsicherungsfonds kann dazu führen, dass im konventionellen Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung bzw. im Teildeckungskapital des Wertsicherungsfonds Guthaben vorhanden ist, das nicht mehr zur Sicherstellung des Garantiekapitals benötigt wird. Dieses Guthaben wird gemäß der vereinbarten Zuführungsaufteilung in die freien Fonds investiert. Umgekehrt werden Teile des freien Fondsguthabens in das konventionelle Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung bzw. in das Teildeckungskapital des Wertsicherungsfonds umgeschichtet, wenn dies aufgrund der Kursentwicklung des Wertsicherungsfonds oder der Ausübung der Option gemäß Absatz 5 erforderlich ist, um das Garantiekapital dauerhaft zu sichern. Falls sich das Teildeckungskapital der freien Fonds aus mehr als einem Fonds zusammensetzt, erfolgt eine Entnahme aus dem Teildeckungskapital der freien Fonds im Rahmen des Umschichtungsverfahrens im Verhältnis der Anteile der Fonds am Teildeckungskapital der freien Fonds.

Das Vertragsguthaben kann vollständig im konventionellen Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung, aber auch vollständig im Teildeckungskapital des Wertsicherungsfonds und dem Teildeckungskapital der freien Fonds investiert sein.

Wertermittlung des Fondsguthabens

- (3) Der Geldwert des Fondsguthabens (Wert des Teildeckungskapitals des Wertsicherungsfonds und des Teildeckungskapitals der freien Fonds) Ihrer Versicherung ergibt sich durch Multiplikation der Anzahl der Fondsanteile mit dem Wert eines Fondsanteils. Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des jeweiligen Fonds. 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.
- (4) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Fondsanteilen nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar den Fonds zu und erhöhen damit den Wert der jeweiligen Fondsanteile. Mit den ausgeschütteten Erträgen eines Fonds erwerben wir Anteile des gleichen Fonds, die wir unverzüglich im Verhältnis des zum Ausschüttungszeitpunkt vorhandenen Teildeckungskapitals des gleichen Fonds Ihrer Versicherung anteilig gutschreiben.

Option zur Erhöhung bzw. Reduzierung des Garantiekapitals

- (5) Vor Beginn der Rentenzahlung haben Sie die Möglichkeit, bis zu 100 % des vorhandenen Vertragsguthabens nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung der zukünftigen planmäßigen Beiträge und Verwaltungskosten als Garantiekapital zu sichern. Die Ausübung dieser Option ist möglich, sobald das Vertragsguthaben über dem Wert der mit der Garantiequote bewerteten bisher geleisteten Beitragssumme liegt. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, einen konkreten Betrag, der als Garantiekapital gesichert werden soll, zu benennen. Dieser Betrag muss größer als die individuelle Beitragsgarantie sein und kleiner als der Wert, der sich unter Anwendung des Satzes 1 ergibt. Das erhöhte Garantiekapital wird beim Umschichtungsverfahren (vgl. § 3 Absatz 2) zum nächsten Monatsersten berücksichtigt. Wird diese Option untermonatlich ausgeübt, werden die für das erhöhte Garantiekapital benötigten Mittel zu diesem Zeitpunkt dem Teildeckungskapital des Wertsicherungsfonds und/oder der freien Fonds entnommen und bis zur Durchführung des Umschichtungsverfahrens zum nächsten Monatsersten in unserem konventionellen Deckungskapital unverzinst angelegt. Tritt bis zu diesem Umschichtungsverfahren ein Leistungsfall ein, so wird dieses konventionelle Deckungskapital fällig.

Das erhöhte Garantiekapital erhöht nicht die garantierte Rente.

- (6) Vor Beginn der Rentenzahlung können Sie nach einer Erhöhung des Garantiekapitals beantragen, dass das Garantiekapital bis auf die zu diesem Zeitpunkt gültige individuelle Beitragsgarantie reduziert wird.
- (7) Der Antrag auf Änderung des Garantiekapitals muss mindestens zwei Börsentage vor dem gewünschten Änderungstermin bei uns eingegangen sein. Andernfalls erfolgt die Änderung zwei Börsentage nach Eingang des Antrags.

Änderung Ihrer Fondsauswahl

- (8) Sie können jederzeit verlangen, dass zum Beginn eines Sicherungszeitraums (vgl. § 1 Absatz 4) das Teildeckungskapital, das in dem Wertsicherungsfonds investiert ist, vollständig in einen anderen im Rahmen dieser Versicherung angebotenen Wertsicherungsfonds übertragen wird.
- (9) Sie können jederzeit verlangen, dass zum Beginn eines Sicherungszeitraums die für die Zuführung in die freien Fonds gemäß dem Umschichtungsverfahren (vgl. Absatz 2) zur Verfügung stehenden Teile des Vertragsguthabens vollständig oder teilweise in andere von uns im Rahmen dieser fondsgebundenen Rentenversicherung angebotene Fonds angelegt werden (Switch).
- (10) Sie können jederzeit verlangen, dass zum Beginn eines Sicherungszeitraums der vorhandene Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds vollständig oder teilweise in andere von uns im Rahmen dieser fondsgebundenen Rentenversicherung angebotene Fonds übertragen wird (Shift). Hierzu wird der zu übertragende Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds ermittelt und in Anteile der anderen Fonds umgewandelt. Die Übertragung erfolgt zu dem von Ihnen angegebenen Termin bzw. dem nächstfolgenden ersten Börsentag eines Monats.

Nachhaltige Änderungen bei bestehenden Fonds

Wertsicherungsfonds

- (11) Sollte zum Beginn eines Monats die Rücknahme von Anteeinheiten des Wertsicherungsfonds vorübergehend nicht möglich sein, behalten wir uns vor, die Aufteilung Ihres Vertragsguthabens (z. B. die Umrechnung in eine Witwen-/Witwerrente bei Tod) ebenfalls erst dann vorzunehmen, wenn eine Rücknahme unter Berücksichtigung der Garantien des Wertsicherungsfonds wieder möglich ist. Sollten hinsichtlich des Wertsicherungsfonds erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den Wertsicherungsfonds auszutauschen. Über einen Austausch werden wir Sie rechtzeitig informieren. Erhebliche Änderungen hinsichtlich eines Wertsicherungsfonds können insbesondere sein:
 - Der Wertsicherungsfonds wird aufgelöst, die Ausgabe oder Rücknahme von Anteeinheiten wird eingestellt.
 - Das Rating einer Bank, die für diesen Wertsicherungsfonds dem Erwerber der Anteile gegenüber Garantien ausspricht oder Muttergesellschaft der Kapitalanlagegesellschaft ist, die den Wertsicherungsfonds verwaltet, sinkt mindestens bei einer anerkannten Rating-Agentur unter ein Investmentgrade-Rating.
 - Die Kapitalanlagegesellschaft, die den Wertsicherungsfonds verwaltet, verliert Ihre Zulassung für den Vertrieb von Investmentanteilen, stellt deren Vertrieb ein oder kündigt die mit uns bestehende Vertriebsvereinbarung.

Falls wir den Wertsicherungsfonds austauschen, werden wir versuchen, einen ähnlichen Ersatzfonds zu finden und Ihnen diesen Ersatzfonds, dessen Anlagegrundsätze sowie den Stichtag des Fondswechsels mitteilen.

Das Garantiekapital bleibt von diesem Fondswechsel unberührt. Im Zeitraum vom Wegfall des Wertsicherungsfonds bis zum Einsatz des Ersatzfonds wird das betroffene Vertragsguthaben vollständig in unserem übrigen Vermögen angelegt und ist nicht an der Wertentwicklung eines Wertsicherungsfonds beteiligt. Sollten wir keinen Ersatzfonds finden, bleibt dieses Vertragsguthaben vollständig in unserem übrigen Vermögen angelegt und Ihre Beteiligung an der Wertentwicklung des Wertsicherungsfonds endet.

Freie Fonds

- (12) Sollte eine Kapitalanlagegesellschaft die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen eines in Ihrer Versicherung enthaltenen Fonds zeitweilig beschränken, aussetzen oder endgültig einstellen, werden wir Sie unverzüglich schriftlich informieren. Soweit Ihre laufende Beitragszahlung oder Ihr Vertragsguthaben von dieser Änderung betroffen sein wird, werden wir Ihnen als Ersatz einen neuen Fonds vorschlagen. Der neue Fonds soll dabei in Anlageziel und Anlagepolitik dem bisherigen Fonds weitgehend entsprechen (Ersatzfonds). Sofern Sie unserem Vorschlag innerhalb von sechs Wochen nach unserer Information nicht widersprechen, werden wir Ihre hiervon betroffenen Anlagebeiträge ab dem von uns genannten Termin frühestens nach Ablauf dieser Frist in den Ersatzfonds investieren. Im Fall eines Widerspruchs müssen Sie uns einen anderen Ersatzfonds aus unserem Fondsangebot benennen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die Sie Ihrer Versicherung zugrunde legen können, ist bei uns jederzeit erhältlich. Kosten für Sie entstehen hierbei nicht.

Bei einer kurzfristigen Einstellung der Ausgabe oder Rücknahme von Fondsanteilen werden wir die Beiträge, die vor Ablauf dieser sechs Wochen Frist fällig werden, in den von uns vorgeschlagenen Ersatzfonds investieren. Sie haben das Recht, für diese Beiträge einen kostenfreien Fondswechsel nach Absatz 10 durchzuführen.

Sollte ein Fonds aufgelöst werden, gelten diese Regeln entsprechend. In diesem Fall wird jedoch auch das vorhandene Teildeckungskapital des freien Fonds auf den Ersatzfonds übertragen. Bei Einstellung der Rücknahme von Fondsanteilen durch die Kapitalanlagegesellschaft wird, soweit dies noch möglich ist, ebenso der vorhandene Fondswert auf den Ersatzfonds übertragen.

- (13) Treten hinsichtlich eines in Ihrer Versicherung enthaltenen Fonds andere erhebliche Änderungen ein, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds durch einen anderen Fonds zu ersetzen. Als solche erheblichen Änderungen gelten insbesondere:
 - Nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Gebühren beim Fondseinkauf bzw. -verkauf durch die von uns beauftragte Kapitalanlagegesellschaft.
 - Beendigung der Kooperation mit der Fondsgesellschaft.
 - Verletzung von vertraglichen Pflichten durch die Kapitalanlagegesellschaft.

Als erhebliche Änderung gilt auch, wenn der Fonds Kriterien nicht mehr erfüllt, von denen wir die Aufnahme eines Fonds in das Fondsangebot üblicherweise abhängig machen. In diesem Fall können wir den Fonds mit Zustimmung des Verantwortlichen Akteurs ersetzen. Als Änderungsanlässe gelten insbesondere:

- Ein Fonds erfährt eine deutliche Abwertung durch ein renommiertes Ratingunternehmen.
- Die Fondsperformance unterschreitet den Marktdurchschnitt vergleichbarer Fonds erheblich.
- Der Gesamtwert über alle bei uns bestehenden fondsgebundenen Versicherungen beträgt weniger als 100.000 EUR.

Absatz 12 gilt entsprechend.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz und wie ist das Versicherungsjahr festgelegt?

- (1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrages in Textform oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der erste Beitrag oder einmalige Beitrag (Einzahlungsbeitrag) zu zahlen (vgl. § 6 Absatz 2). Unsere Leistungspflicht entfällt bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Absatz 3).
- (2) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns der Versicherung um 12 Uhr und endet am Jahrestag im folgenden Kalenderjahr um 12 Uhr. 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.

§ 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Bei Abschluss einer Zusatzversicherung übernehmen wir den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abschluss des Versicherungsvertrages gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Rücktritt

- (2) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir von der Zusatzversicherung zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (3) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (4) Wenn die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, verwenden wir den ggf. vorhandenen Rückkaufswert zur Erhöhung des Vertragsguthabens der Hauptversicherung. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Zusatzversicherungsbeitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

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

Rückwirkende Vertragsanpassung

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

Ausübung unserer Rechte

- (10) Wir müssen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
- (11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (12) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Abschluss des Vertrages ausüben, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten fünf Jahre auch nach Ablauf dieser Frist. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (13) Wir können die Zusatzversicherung auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist. Absatz 4 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

- (14) Die Absätze 1 bis 13 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 12 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

§ 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer fondsgebundenen Rentenversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer oder in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) entrichten. Versicherungsperiode vor Beginn der Rentenzahlung ist entsprechend der Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr; bei Einmalbeitragsversicherungen ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

Bis fünf Jahre vor Beginn der Abrufphase - spätestens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer - können Sie den ursprünglich vereinbarten laufenden Beitrag jederzeit zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin im Rahmen unserer "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 14 heraufsetzen.

Der Beitrag zu einer etwaigen Zusatzversicherung erhöht sich entsprechend. Das Heraufsetzen des Beitrags einer Zusatzversicherung ist vom Ergebnis einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig. Jede Erhöhung des Beitrages der Hauptversicherung erhöht das Garantiekapital und die individuelle Beitragsgarantie mit der von Ihnen gewählten Garantiequote, jedoch höchstens mit einer Garantiequote von 90 %.

Darüber hinaus können Sie bis zum Beginn der Rentenzahlung weitere Beiträge (Zuzahlungen) entrichten, sofern die Summe der auf ein Kalenderjahr entfallenden Beiträge und Zuzahlungen den Höchstbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 14 nicht überschreitet. Die einzelne Zuzahlung darf den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 14 nicht unterschreiten.

Wir führen den Teil Ihrer Zuzahlung, der nicht zur Deckung der Kosten (vgl. § 9 Absatz 2 und 3) vorgesehen ist, dem Vertragsguthaben zu. Zu Beginn eines jeden Kalendermonats erfolgt jeweils eine Neuaufteilung des Vertragsguthabens durch das Umschichtungsverfahren (vgl. § 3 Absatz 2).

Jede Zuzahlung erhöht das Garantiekapital und die individuelle Beitragsgarantie mit der von Ihnen gewählten Garantiequote, jedoch höchstens mit einer Garantiequote von 90 %.

- (2) Der Einlösungsbeitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- (3) 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.
- (4) Sie können verlangen, dass die Beiträge während der Dauer einer nachgewiesenen Arbeitslosigkeit oder Elternzeit für maximal 12 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 das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital des Garantiekapitals mindestens die Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist.

Beiträge für ggf. eingeschlossene Zusatzversicherungen können während der Dauer der Stundung von Ihnen weiter gezahlt werden. Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

Die Beitragslücke ist durch Nachentrichtung der Beiträge in einem Betrag zu schließen.

- (5) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
- (6) Sofern eine Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung vereinbart ist, werden diese Leistungen so begrenzt, dass stets mehr als die Hälfte des Beitrages auf Ihre eigene Altersvorsorge entfällt.

§ 7 Was geschieht, wenn ein Beitrag nicht rechtzeitig eingezogen werden kann?

- (1) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Einlösungsbeitrag

- (2) Wenn der Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig eingezogen werden kann, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- (3) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (4) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht rechtzeitig eingezogen werden kann, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen, bis zu deren Ende Sie uns eine Einziehung der rückständigen Beiträge zu ermöglichen haben. Ist eine Einziehung erneut nicht möglich, wird die Versicherung nach Fristablauf in eine beitragsfreie umgewandelt, oder sie erlischt. Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung gilt § 8 Absätze 3 bis 5 sinngemäß. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 8 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

- (1) Eine Versicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode - jedoch nur vor Beginn der Rentenzahlung - in Textform kündigen.

Haben Sie Ihre Versicherung gegen Einmalbeitrag abgeschlossen oder ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer bereits abgelaufen, ist eine Kündigung nicht mehr möglich.

- (2) Nach Kündigung wandelt sich die Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in eine beitragsfreie mit herabgesetzter Rente um. Für die Berechnung der herabgesetzten Rente nach Kündigung und zu den Nachteilen einer Kündigung gelten Absätze 4 und 5 entsprechend.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (3) Nach § 165 VVG können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 in Textform verlangen, zum Schluss einer Versicherungsperiode von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Das Vertragsguthaben mindert sich um rückständige Beiträge.
- (4) Durch die Beitragsfreistellung reduziert sich die Beitragsgarantie auf den Wert, der sich durch Anwendung der vereinbarten Garantiequote auf die Summe der bis dahin eingezahlten Beiträge ergibt, sofern das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Kapital, das im Todesfall für die Hinterbliebenenrente zur Verfügung steht, dafür ausreicht. Mindestens berechnet sich die individuelle Beitragsgarantie nach Beitragsfreistellung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu aus dem zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vorhandenen Kapital, das im Todesfall für die Hinterbliebenenrente zur Verfügung steht. Dadurch vermindert sich die auf Basis der individuellen Beitragsgarantie berechnete und in der Garantiewerttabelle dokumentierte garantierte Rente. Das Garantiekapital reduziert sich entsprechend. Anschließend erfolgt eine Neuaufteilung des Vertragsguthabens durch das Umschichtungsverfahren (vgl. § 3 Absatz 2).

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

Nähere Informationen zum Kapital, das im Todesfall für die Hinterbliebenenrente zur Verfügung steht, und zur Rente bei Beitragsfreistellung können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

Anstelle einer vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie auch eine teilweise Beitragsbefreiung verlangen.

Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie jedoch nur verlangen, wenn der verbleibende Beitrag den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" gemäß § 14 erreicht.

- (5) Sowohl die vollständige als auch die teilweise Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist das Vertragsguthaben nach Beitragsfreistellung in der Regel deutlich niedriger als die Summe der gezahlten Beiträge, da dem Vertragsguthaben nur die um die Vertriebskosten sowie die beitragsabhängigen Verwaltungskosten verminderten Beitragsteile zufließen (vgl. § 3 Absatz 1) und dem Vertragsguthaben monatlich die Abschlusskosten und die - von der Höhe des Vertragsguthabens abhängigen - Verwaltungskosten entnommen werden (vgl. § 3 Absatz 1). Auch in den Folgejahren kann der Wert des Vertragsguthabens nach Beitragsfreistellung insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung der jeweiligen Fondsanteile niedriger sein als die Summe der gezahlten Beiträge.
- (6) Innerhalb von zwei Jahren nach Beitragsfreistellung können Sie verlangen, dass die vollständige Beitragsfreistellung durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung beendet wird. 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.

In diesem Fall werden die Garantieleistungen (u. a. individuelle Beitragsgarantie, Garantiekapital und garantierte Rente) unter Berücksichtigung der nicht gezahlten Beiträge auf Basis der bei Vertragsabschluss zugrunde liegenden Rechnungsgrundlagen und der Garantiequote angepasst.

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

Beitragsrückzahlung

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

§ 9 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Abschluss- und Vertriebskosten (Absatz 2) sowie Verwaltungskosten (Absatz 3) sind in Ihren Beitrag einkalkuliert, anlassbezogene (Absatz 5) und sonstige Kosten (Absatz 6) sind zusätzlich zu entrichten.

Abschluss- und Vertriebskosten

- (2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.
- (a) Wir belasten Ihren Vertrag mit Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der vereinbarten Beiträge. Dabei berücksichtigen wir die vereinbarten Beiträge in der Abrufphase nur zur Hälfte und insgesamt höchstens 40 Jahre der Beitragszahlungsdauer. Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckVO) maßgebend. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschlusskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der nach gesetzlichen Regelungen für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Die auf diese Weise zu tilgenden Abschlusskosten sind nach der DeckVO auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Bei einem Einmalbeitrag werden die Abschlusskosten diesem entnommen.

Abschluss- und Vertriebskosten auf die Zuzahlungen fallen einmalig zum Zeitpunkt des Zuflusses an.

- (b) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen haben, belasten wir Ihren Vertrag zusätzlich mit Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vereinbarten Beiträge. Dabei berücksichtigen wir insgesamt höchstens 40 Jahre der Beitragszahlungsdauer.

Verwaltungskosten

- (3) Die Verwaltungskosten sind die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrages.
- (a) Wir belasten Ihren Vertrag vor Beginn der Rentenzahlung mit Verwaltungskosten in Form - eines monatlich anfallenden Eurobetrages,

- eines jährlichen Prozentsatzes des für die Leistungserbringung unwiderruflich zugeteilten Kapitals (das unwiderruflich zugeteilte Kapital ist das Vertragsguthaben zuzüglich zugeteilter Überschussanteile) und
- eines Prozentsatzes der eingezahlten Beiträge sowie jeder Zuzahlung.

Wir belasten Ihren Vertrag ab Beginn der Rentenzahlung mit Verwaltungskosten in Form eines Prozentsatzes der gezahlten Leistung.

- (b) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen haben, belasten wir Ihren Vertrag
- vor der Leistungserbringung zusätzlich mit Verwaltungskosten in Form eines Prozentsatzes der für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingezahlten Beiträge,
 - während der Leistungserbringung in Form eines Prozentsatzes der gezahlten Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

Höhe der einkalkulierten Kosten

- (4) Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

Anlassbezogene Kosten

- (5) Zusätzlich sind von Ihnen bei folgenden Anlässen Kosten zu entrichten
- bei Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Zusammenhang mit dem Versorgungsausgleich die vom Gericht aufgrund in der Teilungsordnung festgelegten Euro-Beträge.

Diese Kosten ziehen wir vom Vertragsguthaben ab bzw. sind uns zu erstatten.

Sonstige Kosten

- (6) Über die Absätze 1 bis 5 hinaus stellen wir Ihnen nur dann Kosten in Rechnung, wenn dies nach gesetzlichen Vorschriften zulässig ist. Dies sind beispielsweise Kosten, die uns entstehen, wenn Sie mit der Beitragszahlung in Verzug sind. In diesen Fällen stellen wir Ihnen die entstehenden Kosten gesondert in Rechnung.

Die derzeit gültigen sonstigen Kosten können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Die sonstigen Kosten werden wir auf Ihr Verlangen nachweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die sonstigen Kosten in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen müssen, werden sie entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die sonstigen Kosten in Ihrem konkreten Fall überhaupt nicht gerechtfertigt sind, entfallen sie.

- (7) Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (zum Beispiel Steuern), die von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

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

- (1) Für Leistungen aus dem Versicherungsvertrag können wir die Vorlage des Versicherungsscheins und eines amtlichen Zeugnisses über den Tag Ihrer Geburt verlangen.
- (2) Wir können vor jeder Rentenzahlung auf unsere Kosten ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass Sie noch leben.
- (3) Ihr Todesfall ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde einzureichen. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.
- (4) Wird eine Hinterbliebenenrente verlangt, sind uns die erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Dieses sind insbesondere Angaben zu Geburtstagen der Hinterbliebenen, die Urkunde zur Heirat bzw. bei Kindern der Nachweis der Abstammung sowie nach dem 18. Lebensjahr Nachweise zur Schul- oder Berufsausbildung bzw. zu einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung.
- (5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Hinterbliebene entsprechend.
- (6) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
- (7) 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.

§ 11 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

- (1) Fällige Rentenleistungen erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer. Hinterbliebenenrenten erbringen wir jedoch unwiderruflich an die zum Zeitpunkt Ihres Todes bezugsberechtigten Hinterbliebenen. Eine Änderung dieser Bezugsrechte ist ausgeschlossen.
- (2) Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag sind nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar. Eine nachträgliche Änderung der genannten Festlegungen ist unwiderruflich ausgeschlossen. Insbesondere können Sie die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag nicht abtreten oder verpfänden. Auch die Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft ist ausgeschlossen.

§ 12 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

- (1) Sie erhalten jährlich von uns eine Mitteilung, der Sie das Vertragsguthaben entnehmen können. Der Wert des Teildeckungskapitals des Wertsicherungsfonds sowie der Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds wird in Fondsanteilen und in Euro aufgeführt.
- (2) Auf Wunsch geben wir Ihnen das Vertragsguthaben jederzeit an.

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

Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.

§ 14 Welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

Insbesondere aus Kostengründen gelten für Ihre Versicherung bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital" entnehmen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

§ 15 Bis wann müssen uns gegenüber versicherungsvertragliche Ansprüche spätestens geltend gemacht werden?

- (1) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Jahren (§ 195 Bürgerliches Gesetzbuch). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist.
- (2) Lässt der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen, ohne dass er den Anspruch gerichtlich geltend macht, sind Ansprüche, soweit sie nicht bereits von uns anerkannt sind, ausgeschlossen.

§ 16 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 17 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens und der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 18 Wie wird der Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds zum Ablauf gesichert (Ablaufmanagement)?

Fünf Jahre vor dem vereinbarten Beginn der Rentenzahlung, jedoch frühestens nach Ablauf von 5 Versicherungsjahren, erhalten Sie von uns ein schriftliches Angebot für ein aktives Ablaufmanagement. Im Rahmen dieses Ablaufmanagements bieten wir Ihnen an, Ihre Anlagen kostenfrei in risikoärmere Fonds umzuschichten. Ziel der Umschichtung ist es, die Risiken einer Wertminderung aufgrund von Kursrückgängen in den letzten Jahren vor Beginn der Rentenzahlung zu reduzieren. Sie können jederzeit durch eine Mitteilung in Textform das Ablaufmanagement aussetzen oder wieder aufnehmen.

§ 19 Was ist bei einer erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zu beachten?

Für eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 1 Absatz 11 gelten die nachfolgenden ergänzenden 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

Die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 1 Absatz 11 wird ab Rentenbeginn 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.

Sollte jedoch der garantierte Rentenfaktor für die Rente wegen Pflegebedürftigkeit Anwendung finden, wird die Versicherung in der Regel zum Rentenbeginn in einen gesonderten Überschussverband in der Bestandsgruppe Rentenversicherungen nach Einzeltarifen eingeordnet.

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.

(3) Mitwirkungspflichten

Bei einer erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 1 Absatz 11 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.

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. Soweit nichts anderes bestimmt ist, trägt die mit den Nachweisen verbundenen Kosten derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

Solange eine Mitwirkungspflicht von Ihnen vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung der erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Mindestens zahlen wir jedoch die vereinbarte Rente. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nur leicht fahrlässig verletzt haben. Der Anspruch auf die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit bleibt 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 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)). Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Vorlage sämtlicher erforderlicher Unterlagen entsprechend dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 20 Wann können diese Bedingungen angepasst werden?

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

§ 21 Welche Bedeutung haben die Regelungen des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes?

Diese Bedingungen gelten nur dann, soweit sie den Regelungen des zertifizierten Basisrentenvertrags und den Vorschriften des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes (AltZertG) nicht widersprechen bzw. diesen nicht entgegenstehen. Maßgeblich ist die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Fassung des AltZertG.

Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital (zusätzliche Angaben)

(Stand 01.01.2017)

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 Wertsicherungsfonds 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
das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete konventionelle Teildeckungskapital 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 Wertsicherungsfonds am Ende des Vormonates bewertet mit dem Kurs des Wertsicherungsfonds 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. Mit Hilfe des in § 3 Absatz 2 der Allgemeinen Bedingungen beschriebenen Umschichtungsverfahrens wird die 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 sowie bei Tod vor Beginn der Rentenzahlung, sofern Hinterbliebene im Sinne der Allgemeinen Bedingungen vorhanden sind, 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 Vertragsbedingung 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 sowie bei Tod vor Beginn der Rentenzahlung, sofern Hinterbliebene im Sinne der Allgemeinen Bedingungen vorhanden sind, erhält Ihr Vertrag nach § 2 Absatz 1.b und 2.b 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 sowie bei Tod vor Beginn der Rentenzahlung, sofern Hinterbliebene im Sinne der Allgemeinen Bedingungen vorhanden sind, 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 Vertragsbe-

ündigung 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 6 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

Wenn für den Todesfall die Rückzahlung des bei Rentenbeginn vorhandenen Kapitals abzüglich der bereits gezahlten vereinbarten Renten vereinbart ist, wird die versicherte Todesfallleistung durch die Erhöhungsrenten nicht verändert.

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, und mit einem Zinssatz 2. Ordnung (Rechnungszinssatz zuzüglich des für die Berechnung der Zusatzrente festgelegten Zinsüberschussanteilsatzes). 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 des bei Rentenbeginn vorhandene Kapitals abzüglich der bereits gezahlten vereinbarten Renten vereinbart ist, wird die versicherte Todesfallleistung durch die Zusatzrente nicht verändert.

1.5.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung

Auch nach Beginn der Rentenzahlung erhält Ihr Vertrag nach § 2 Absatz 1.b und 2.b 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 Todesfallleistung - siehe Ziffer 1.6- 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 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 über, bleibt die Bemessungsgröße anteilig entsprechend des Verhältnisses des verbleibenden Vertragsguthabens zum Vertragsguthaben vor Tod erhalten.

1.6 Todesfallleistung

Sind bei Tod der versicherten Person Hinterbliebene gemäß § 1 Absatz 13 und 14 der Allgemeinen Bedingungen vorhanden, werden Leistungen aus dem unter 1.2 beschriebenen Schlussüberschuss und der unter 1.3 bzw. 1.5.3 beschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig und zur Erhöhung der vertraglichen Hinterbliebenenrente gemäß § 1 Absatz 13 und 14 der Allgemeinen Bedingungen verwendet. Anderenfalls wird keine Leistung fällig.

2. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)

2.1 Solange keine Berufsunfähigkeit vorliegt

Die BUZ erhält bei jeder Beitragsfähigkeit 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.

2.2 Während der Dauer der Berufsunfähigkeit

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

Der auf die Beitragsbefreiung entfallende Überschussanteil wird entsprechend der vertraglichen Vereinbarung verwendet. In Abhängigkeit von den tariflichen Bestimmungen sind dabei grundsätzlich folgende Überschussverwendungsformen möglich:

- a) Verwendung der Überschussanteile bei der Hauptversicherung
Der laufende Überschussanteil wird 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.

2.3 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 die Kapitalanlagegesellschaft die Errechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmepreises sowie die Rücknahme der Anteile an dem maßgeblichen Börsentag aus, ist für die Bewertung der Anteile der nächste Börsentag maßgeblich, an dem ein Rücknahmepreis ermittelt wird.

***) 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 zur BasisRente

(Stand 01.01.2017)

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
Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?	§ 2
Was ist Berufsunfähigkeit?	§ 3
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 4
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	§ 5
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 6
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	§ 7
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	§ 8
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 9
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?	§ 10
Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?	§ 11

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

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

Beitragsbefreiung

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen, sofern hierfür Beitragszahlungspflicht besteht.

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

- (2) Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir Versicherungsschutz tragen. Die Leistungsdauer bezeichnet den Zeitraum, bis zu dessen Ablauf wir längstens eine anerkannte Leistung erbringen. Sie endet nicht vor dem Wegfall der Versorgungsbedürftigkeit (z. B. Wegfall der Berufsunfähigkeit, Erreichen der Altersgrenze oder Tod der versicherten Person).
- (3) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

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

- (1) Der Anspruch auf Leistung aus dieser Zusatzversicherung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 3 eingetreten ist. Die Berufsunfähigkeit ist uns schriftlich zu melden. 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 Anzeige erbringen wir die Leistungen ab Beginn des Monats Ihrer Anzeige bei uns; zusätzlich leisten wir rückwirkend für drei Jahre. Diese Einschränkung gilt dann nicht, wenn die verspätete Anzeige ohne schuldhaftes Versäumen des Ansprucherhebenden erfolgt.
- (2) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer (vgl. § 1 Abs. 2).
- (3) Während der Leistungsprüfung sind die Beiträge in voller Höhe weiterzuentrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Antrag werden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht noch fällig werdenden Beiträge auch zinslos stunden. Besteht danach kein Leistungsanspruch, sind die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen. Auf Antrag können Sie mit uns in diesem Fall eine Rückzahlung in Raten über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten oder - sofern möglich - eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung vereinbaren.

§ 3 Was ist 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 6) entspricht. Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

- (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) Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 24 Monate vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit in dem zuletzt ausgeübten Beruf ihre berufliche Tätigkeit gewechselt, kann auch die davor ausgeübte berufliche Tätigkeit zur Prüfung herangezogen werden. Voraussetzung ist, dass der versicherten Person die zum Eintritt des Versicherungsfalles im zuletzt ausgeübten Beruf maßgeblichen Gesundheitsstörungen bereits bei Aufgabe der früheren beruflichen Tätigkeit bekannt waren und der Berufswechsel erfolgte, um durch ein verändertes Tätigkeitsspektrum einen höheren Grad der Berufsunfähigkeit zu erreichen. Hat die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit gerade wegen der Gesundheitsstörung, die später zur Berufsunfähigkeit führt, gewechselt und eine körperlich weniger belastende Tätigkeit aufgenommen (leidensbedingter Berufswechsel), bleibt die vor dem Berufswechsel ausgeübte Tätigkeit bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit maßgebend. Entsprechendes gilt bei leidensbedingten Einschränkungen der beruflichen Tätigkeit. Bei Berufswechsel besteht keine Anzeigepflicht.
- (4) Übt die versicherte Person eine andere, ihrer bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (vgl. Absatz 6) entsprechende Tätigkeit tatsächlich aus, liegt keine Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 bis 3 vor.
- (5) 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 drei 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 zum Zeitpunkt des Ausscheidens entspricht. Ein dauerhaftes Ausscheiden liegt vor, wenn bei Eintritt der Berufsunfähigkeit seit dem Ausscheiden mehr als drei Jahre verstrichen sind. Gesetzliche Elternzeit zählt immer als vorübergehendes Ausscheiden.
- (6) 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 berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalles.
- (7) 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.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Sofern nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
 - b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - c) 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;
 - d) 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;
 - e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- (2) Wir leisten außerdem nicht, wenn
 - die Berufsunfähigkeit 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,
 - der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und
 - die durch den Einsatz oder das Freisetzen verursachten Versicherungsfälle den Leistungsbedarf gegenüber den Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung so erhöhen, dass die dauernde Erfüllbarkeit der versicherten Leistungen beeinträchtigt wird und ein unabhängiger Treuhänder dies innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis überprüft und bestätigt hat.

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

- (1) Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen im Hinblick auf eine Berufsunfähigkeit;
 - c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit, über Einkünfte aus der beruflichen Tätigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- (2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. 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 auch die Reise- und Übernachtungskosten in angemessener Höhe. 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) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der behandelnde oder untersuchende Arzt anordnet oder empfiehlt, nicht durchführen, hat dies keinen Einfluss auf die Feststellung und Anerkennung von Berufsunfähigkeitsleistungen. Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zumutbaren - sach- und fachkundigen - ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen Folge zu leisten. Zumutbar sind Maßnahmen, die nicht mit Gefahren oder besonderen Schmerzen verbunden sind und Aussicht auf wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung bieten. Dazu zählen z. B. das Einhalten einer medizinisch begründeten Diät, die Teilnahme an Kur- und Rehamaßnahmen, die Ein-

nahme verordneter Medikamente, die Verwendung von Seh- und Hörhilfen sowie orthopädischer und anderer medizinisch-technischer Hilfen, die Durchführung logopädischer oder physiotherapeutischer Behandlungen.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und ab wann wir eine Leistungspflicht anerkennen. Diese Erklärung werden wir innerhalb von vier Wochen nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen (vgl. § 5) abgeben. Dabei werden wir kein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Wir werden Sie während der Prüfung alle sechs Wochen über den Sachstand informieren und zeitnah fehlende Unterlagen anfordern.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen; dies gilt auch während Karenzzeiten. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 3 Absatz 4 ausübt.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten 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. Die Bestimmungen des § 5 Absatz 2 gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder den Wegfall der Berufsunfähigkeit sowie eine Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- (4) Liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Versicherungsnehmer unter Darlegung der Gründe mit; sie wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung wirksam. Gleichzeitig muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchs erhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie, die versicherte Person oder der Anspruchs erhebende die Mitwirkungspflicht nur leicht fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus dieser 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.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Grundsätze

- (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 zum Beginn der Rentenzahlung erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Ist die Zusatzversicherung zu einer Hauptversicherung mit Abrufphase eingeschlossen und erlischt die Zusatzversicherung anlässlich des vorzeitigen Abrufes der Hauptversicherungsleistung, wird - soweit vorhanden - der Rückkaufswert nach Maßgabe von Absatz 3 fällig.
- (2) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

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 schriftlich kündigen. Bei Kündigung endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert.
- (4) Eine einmalige Kapitalzahlung zur Abfindung anerkannter oder festgestellter Ansprüche aus der Zusatzversicherung können Sie nicht verlangen.

Beitragsfreistellung dieser Zusatzversicherung

- (5) Wenn Sie nach § 165 VVG verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden, treten die Folgen der Kündigung der Zusatzversicherung ein (vgl. Abs. 3), und die Zusatzversicherung erlischt.

Herabsetzung des Versicherungsschutzes der Hauptversicherung

- (6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung z.B. aufgrund einer Kündigung oder Beitragsfreistellung gelten die Absätze 3 und 5 entsprechend.

Versicherungsbedingungen

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

§ 10 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 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 von 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 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen erhalten daher keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

§ 11 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, unterstützen wir Sie insbesondere bei Fragen

- zur Beantragung von Berufsunfähigkeitsleistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum genauen Umfang der Versicherungsleistung,
- zum Nachweis der Berufsunfähigkeit und
- zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit.

Sie können diese Unterstützung telefonisch in Anspruch nehmen. Im Einzelfall sind wir nach Abstimmung mit Ihnen bereit, die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gespräches bei Ihnen aufzunehmen.

Besondere Bedingungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

(Stand 01.01.2017)

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 knappschaftlichen Rentenversicherung (West), maximal jedoch auf das Doppelte des Höchstbetrags (§ 10 Abs. 3 Satz 2 EStG)
 - oder
 - um einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Prozentsatz, maximal jedoch auf das Doppelte des Höchstbetrags (§ 10 Abs. 3 Satz 2 EStG). 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 knappschaftlichen 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) Jede Erhöhung des Beitrages der Hauptversicherung erhöht das Garantiekapital und die individuelle Beitragsgarantie mit der von Ihnen gewählten Garantierquote, jedoch höchstens mit einer Garantierquote von 90 %. 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 berichtigte 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 Wahrscheinlichkeitstafeln 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 das Berufsunfähigkeits-Risiko mit eingeschlossen, erfolgen im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht 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.

Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit

(Stand 01.01.2017)

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 01.01.2017).
- (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 01.01.2017).
- (2) Die Definition der Pflegebedürftigkeit entspricht der Definition der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017. 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 01.01.2017

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 01.01.2017 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 parenteral 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 / unbeeinträchtigt	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	2	3

(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						Summe der Einzelpunkte
	0	1	2	3	4		
1	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15		
	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.

Welche Steuerregelungen gelten für die staatlich förderfähige Rentenversicherung ?

(Stand 01.01.2017)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 01.01.2017). Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre staatlich förderfähige Rentenversicherung (BasisRente) 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 Rentenversicherung ändern. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir Ihnen, steuerliche Beratung in Anspruch zu nehmen.

Einkommensteuer

1. Wie werden die Beiträge steuerlich behandelt?

- (1) Ihre Rentenversicherung dient zum Aufbau einer eigenen kapitalgedeckten Altersversorgung gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe b EStG (im Folgenden mit »Rentenversicherung als Basisversorgung« bezeichnet). Damit eine Rentenversicherung als Basisversorgung anerkannt wird, muss eine auf Ihr Leben bezogene lebenslange Rente vereinbart sein. Die Rentenzahlung muss monatlich erfolgen und darf nicht vor Vollendung Ihres 62. Lebensjahres beginnen. Weiter dürfen die Ansprüche aus dem Vertrag nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar sein. Die ergänzende Absicherung gegen das Risiko des Eintritts der Berufsunfähigkeit (Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung) oder der verminderten Erwerbsfähigkeit (Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung) ist zulässig. Zusätzlich ist die Vereinbarung einer Hinterbliebenenrente an den Ehegatten (Ehegattenrenten-Zusatzversicherung) möglich.

Beiträge zu privaten Rentenversicherungen als Basisversorgung einschließlich zulässiger Zusatzversicherungen sowie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) und zu berufsständischen Versorgungswerken und landwirtschaftlichen Alterskassen sind Altersvorsorgeaufwendungen im Sinne von § 10 Absatz 1 Nr. 2 EStG. Die Beiträge der zu Ihrer Rentenversicherung als Basisversorgung gegebenenfalls eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Ehegattenrenten-Zusatzversicherung können jedoch nur dann im Rahmen dieser Vorsorgeaufwendungen steuerlich berücksichtigt werden, wenn sie insgesamt den Hauptversicherungsbeitrag nicht übersteigen.

- (2) Altersvorsorgeaufwendungen im Sinne von § 10 Absatz 1 Nr. 2 EStG (siehe Absatz 1) können bis zu dem Höchstbeitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung, aufgerundet auf einen vollen Betrag in Euro, berücksichtigt werden (§ 10 Absatz 3 Satz 1 EStG). Bei zusammenveranlagten Ehegatten verdoppelt sich der Höchstbetrag. Der Höchstbetrag ist bei Personen, denen auf Grund ihres Beschäftigungsverhältnisses eine Altersversorgung ohne eigene Beitragsleistung zusteht (z. B. Beamte, Richter, Abgeordnete oder beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer mit einer betrieblichen Altersversorgung) um den Betrag zu kürzen, der, bezogen auf die Einnahmen aus der Tätigkeit, die die Zugehörigkeit zum genannten Personenkreis begründet, dem Gesamtbeitrag (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) zur gesetzlichen Rentenversicherung entspricht.
- (3) Im Jahr 2017 können 84 % der nach Absatz 2 berücksichtigungsfähigen Altersvorsorgeaufwendungen, ggf. vermindert um den steuerfreien Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. einen diesem gleichgestellten steuerfreien Arbeitgeberzuschuss, als Sonderausgaben geltend gemacht werden (§ 10 Absatz 3 EStG). In den Folgejahren steigt der genannte Prozentsatz jährlich um zwei Prozentpunkte (2018: 86 % ...; 2024: 98 %) an, so dass ab dem Jahr 2025 bis zu 100 % der berücksichtigungsfähigen Altersvorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben geltend gemacht werden können.

2. Wie sind fällige Rentenleistungen zu versteuern?

- (1) Fällige Renten aus Rentenversicherungen als Basisversorgung und hierzu eingeschlossene Zusatzversicherungen sind wie Leibrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, den landwirtschaftlichen Alterskassen und den berufsständischen Versorgungswerken nach § 22 Nr. 1 EStG als sonstige Einkünfte einkommensteuerpflichtig. Die Höhe des steuerpflichtigen Anteils (Besteuerungsanteil) richtet sich nach dem Jahr, in dem erstmals eine Rente bezogen wird. Für Rentenbeginn im Jahr 2017 beträgt der steuerpflichtige Anteil 72 %. Für Rentenbeginn in den Folgejahren steigt der steuerpflichtige Anteil bis zum Jahr 2020 jährlich um 2 Prozentpunkte auf dann 80 %. Anschließend wird er um einen Prozentpunkt jährlich angehoben, so dass für Rentenbeginnjahre ab 2040 die Rente in voller Höhe steuerpflichtig ist.
- (2) Im ersten und zweiten Kalenderjahr des Rentenbezugs ergibt sich der steuerpflichtige Anteil der Rente unmittelbar aus den in Absatz 1 genannten Prozentsätzen. Zur Ermittlung des steuerpflichtigen Anteils der Rente in den Folgejahren wird zunächst der steuerfreie Anteil der Rente bestimmt. Der steuerfreie Anteil ist der Unterschiedsbetrag zwischen der auf das zweite Kalenderjahr des Rentenbezugs entfallenden Rente und deren steuerpflichtigem Anteil. Der steuerfreie Anteil wird in der Folge auf Dauer als Freibetrag festgeschrieben. Er ist für die Monate zu kürzen, in denen keine Rentenbezüge gezahlt werden.

Regelmäßige Anpassungen der Rentenhöhe, etwa aus der Überschussbeteiligung Ihrer Rentenversicherung als Basisversorgung, führen nicht zu einer Neuberechnung des steuerfreien Anteils. Beim Wechsel der Rentenart, z. B. von einer Alters- zu einer Hinterbliebenenrente, erfolgt eine Neuberechnung des steuerfreien Anteils der neuen Rente mittels des ursprünglichen Prozentsatzes.

Die Rente ist unabhängig davon, ob die Beiträge oder Teile davon als Sonderausgaben abgezogen werden konnten, mit dem steuerpflichtigen Anteil zu versteuern. Dies gilt selbst dann, wenn nie ein Beitrag steuerlich abgesetzt werden konnte.

Erbschaft- / Schenkungsteuer

Erhalten Sie selbst die Rentenzahlung, ist diese nicht erbschaft- / schenkungsteuerpflichtig.

Leistungen an den hinterbliebenen Ehegatten unterliegen der Erbschaftsteuer (vgl. §§ 3 und 7 ErbStG).

Ob sich aus den Hinterbliebenenleistungen tatsächlich eine Erbschaftsteuerschuld ergibt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig. Auszahlungen an den hinterbliebenen Ehegatten müssen von uns dem Finanzamt angezeigt werden.

Mitteilungspflichten

Der Versicherer hat über die ausgezahlten Leistungen eine Rentenbezugsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Bund als zentrale Stelle zu machen (vgl. §§ 22a, 81 EStG).

Welche Steuerregelungen gelten für die staatlich förderfähige Rentenversicherung ?
(Stand 01.01.2017)

Versicherungsteuer

Beiträge zur Rentenversicherung als Basisversorgung unterliegen nicht der Versicherungsteuer (siehe § 4 Nr. 5 VersStG).

Umsatzsteuer (auch Mehrwertsteuer genannt)

Leistungen aus Rentenversicherungen als Basisversorgung sind umsatzsteuerfrei.

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland

Sofern Sie bzw. eine begünstigte Person aus dem Vertrag den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, unterliegt die Rentenzahlung 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
ErbStG	Erbschaftsteuergesetz.
VersStG	Versicherungsteuergesetz

Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital

(Stand 01.01.2017)

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

Sonstige Kosten

Für eine Mahnung aufgrund der Nichtzahlung von Folgebeiträgen oder sonstigen geschuldeten Beträgen sind uns die entstehenden Kosten nach § 286 BGB in Verbindung mit § 288 BGB zu erstatten.

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).

Die Kosten für die Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheines sind von Ihnen zu tragen (siehe § 3 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz).

Kosten, die uns von Dritten für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren in Rechnung gestellt werden, sind uns nach § 286 BGB in Verbindung mit § 288 BGB zu erstatten.

Sofern nicht anders vereinbart, entnehmen wir die sonstigen Kosten Ihrem Vertragsguthaben.

Tarifabhängige Begrenzungen

- Mindestbeitrag	
monatlich	25 EUR
vierteljährlich	75 EUR
halbjährlich	150 EUR
jährlich	300 EUR
einmalig	5.000 EUR
- Mindestbetrag für eine Zuzahlung	1.000 EUR
- Höchstbetrag	
Die Summe der Beiträge und Zuzahlungen je Kalenderjahr darf das Doppelte des Höchstbetrages nach § 10 Abs. 3 Satz 1 EStG nicht übersteigen.	
- Höchstanzahl der freien Fonds, auf die die Zuführung aufgeteilt werden kann	5
- Höchstanzahl der freien Fonds, die sich gleichzeitig im Teildeckungskapital der freien Fonds befinden	5
- Mindestzuführungsanteil je Fonds	20 % des Zuführungsbetrags

Hinweise zum Datenschutz

(Stand 01.01.2017)

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um Ihren Vertrag zu bearbeiten. Sie helfen uns dabei, das Risiko besser einzuschätzen, das Sie bei uns versichern möchten. Genauso wichtig sind Ihre Daten im weiteren Vertragsverlauf, insbesondere bei der Bearbeitung von Schäden oder Leistungsfällen.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung persönlicher Daten ist gesetzlich geregelt.

Bei der Westfälischen Provinzial Versicherung AG, der Provinzial Nord Brandkasse AG, der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG und der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG sind Ihren Daten über die gesetzlichen Anforderungen hinaus geschützt. Dazu haben wir uns mit dem Beitritt zum Code of Conduct verpflichtet. Diese Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft zum Datenschutz finden Sie im Internet unter: www.provinzial-online.de/Datenschutz.

Hier finden Sie auch

- eine Liste der Konzernunternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen,
- eine Liste der Auftragnehmer und Dienstleister, mit denen wir zusammenarbeiten.

Auf Wunsch schicken wir Ihnen gern einen Ausdruck dieser Verhaltensregeln und Listen mit der Post. Bitte wenden Sie sich als Kunde der Westfälischen Provinzial Versicherung AG an:

Telefon 0251/219-9970

wp-service@provinzial.de

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG gilt:

Telefon 0431/603-9970

service@provinzial.de

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG gilt:

Telefon: 040/30904-9191

service@Hamburger-Feuerkasse.de

Für Kunden der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG gilt:

Telefon 0431/603-9970

service@provinzial.de

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG und der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG gilt:

Sofern die Vermittlung des Versicherungsvertrages durch eine Sparkasse erfolgt, die mit der Provinzial im Modell der Vertriebsgemeinschaft arbeitet, betreut mich neben der Sparkasse auch ein Bezirkskommissariat/ eine Generalagentur der Provinzial.

Auch der zweite betreuende Vermittler erhält meine personenbezogenen Daten ab Antragstellung.

Werbung

Die Westfälische Provinzial Versicherung AG, die Provinzial Nord Brandkasse AG, die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG, die Provinzial NordWest Lebensversicherung AG, die Provinzial NordWest Pensionsberatung GmbH, ihre Kooperationspartner* und der Sie betreuende Vermittler nutzen Ihre personenbezogenen Daten für die schriftliche Werbung. Die schriftliche Werbung umfasst

- unsere eigenen Versicherungsprodukte,
- Produkte anderer Unternehmen des Provinzial NordWest Konzerns und ihrer Kooperationspartner

Ihre ausdrückliche Einwilligung ist dazu nicht nötig. Sie können dieser Nutzung Ihrer Daten jederzeit formlos widersprechen.

*) Zurzeit kooperieren wir mit:

- den Westfälisch-Lippischen Sparkassen,
- der Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale,
- der LBS Westdeutsche Landesbausparkasse,
- den Sparkassen des Sparkassen- und Giroverbandes Schleswig-Holsteins,
- den Sparkassen in Mecklenburg-Vorpommern,
- den Sparkassen mit Geschäftsstellen in Hamburg,
- der HSH Nordbank AG,
- der Nord/LB Norddeutsche Landesbank Girozentrale,
- der LBS Bausparkasse Schleswig-Holstein-Hamburg AG,
- der LBS Ostdeutsche Landesbausparkasse Aktiengesellschaft,
- der LBS Immobilien GmbH NordWest.

Ihre Rechte

Auf Antrag geben wir Ihnen Auskunft über die Daten, die wir zu Ihrer Person gespeichert haben.

Sind Ihre Daten falsch oder unvollständig? Dann können Sie verlangen, dass wir sie berichtigen. Ist oder war die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten unzulässig oder nicht mehr erforderlich? Dann haben Sie Anspruch darauf, dass wir Ihre Daten löschen oder sperren.

Hier erhalten Sie Auskunft und können Ihre Daten berichtigen, sperren oder löschen:

Für Kunden der Westfälischen Provinzial Versicherung AG gilt:

Telefon 0251/219-9970

wp-service@provinzial.de

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG gilt:

Telefon 0431/603-9970

service@provinzial.de

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG gilt:

Telefon: 040/30904-9191

service@Hamburger-Feuerkasse.de

Für Kunden der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG gilt:

Telefon 0431/603-9970

service@provinzial.de