

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Rückdeckungsversicherung GarantieRente Performance mit Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit (FR17-17)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Garantien, Chancen und Risiken.....	1
§ 2	Unsere Leistungen im Überblick.....	2
§ 3	Unsere Leistungen im Einzelnen	2
§ 4	Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen.....	8
§ 5	Beginn des Versicherungsschutzes	10
Beiträge		10
§ 6	Beitragszahlung.....	10
Änderungen der Leistungen und Beiträge		10
§ 7	Ergänzungszahlung.....	10
§ 8	Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung.....	11
§ 9	Dynamische Erhöhungen Ihres Vertrages - Beitragserhöhungen ohne Gesundheitsprüfung	12
§ 10	Außerplanmäßige Beitragserhöhungen	13
Überschussbeteiligung.....		15
§ 11	Überschussbeteiligung	15
Wertpapieranlage		19
§ 12	Ihre Wertpapierauswahl.....	19
§ 13	Ablaufcheck - Ablaufmanagement	21
§ 14	Bewertung der Wertpapieranteile	21
Kosten und Gebühren.....		21
§ 15	Abschluss- und Vertriebskosten	21
§ 16	Gebühren	22
Kündigung.....		22
§ 17	Kündigung	22
§ 18	Teilauszahlung	23
§ 19	Policendarlehen	23
Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten, Mitwirkungspflichten		23
§ 20	Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages	23
§ 21	Nachweise im Leistungsfall	25
§ 22	Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)	27
Sonstige Regelungen.....		28
§ 23	Leistungsempfänger.....	28
§ 24	Bezugsberechtigung.....	28
§ 25	Abtretung - Verpfändung	28
§ 26	Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung.....	28
Anhang I: Definition der Berufsunfähigkeit und der Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit		29
Anhang II: Definition der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeoption		33
Anhang III: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar).....		35

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Rückdeckungsversicherung GarantieRente Performance mit Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit (FR17-17)

Die Gothaer Rückdeckungsversicherung GarantieRente Performance ist eine fondsgebundene Rentenversicherung mit garantierten Leistungen und Schutz im Todesfall. Das bedeutet: Wir legen einen Teil Ihrer Beiträge in »Wertpapieren« an. Die Entwicklung Ihres Vertragsguthabens ist vor allem abhängig davon, ob die Kurse Ihrer gewählten »Wertpapiere« steigen oder fallen.

Sie können auch einen Schutz bei Berufsunfähigkeit in Ihren Vertrag einschließen. Die Beiträge für den versicherten Schutz im Todesfall und bei Berufsunfähigkeit sowie Teile der »Kosten« entnehmen wir dem Vertragsguthaben. Alle wichtigen Informationen zu Ihrer Versicherung und der Anlage in »Wertpapieren« finden Sie auf den nächsten Seiten.

Beachten Sie bitte auch: In diesen Versicherungsbedingungen beschreiben wir Ihnen unsere Leistungen und wie diese geregelt sind. Ihr Vertrag muss nicht alle Leistungen umfassen. Der Tarif wird im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung (bAV) als Rückdeckungsversicherung einer Direktzusage oder einer Unterstützungskassenversorgung verwendet. Welchen Umfang die Versorgung hat, richtet sich einzig nach der arbeitsrechtlichen Zusage oder dem gültigen Leistungsplan der Unterstützungskasse. Welche Leistungen Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrer »Police«.

In diesen Bedingungen geht es auch um Berufsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit. Dabei sind diese Begriffe immer so zu verstehen, wie wir sie in diesen Bedingungen definieren. Mehr dazu finden Sie in Anhang I.

Einige wichtige Fachbegriffe haben wir »kursiv« hervorgehoben. Weil diese nicht immer leicht zu verstehen sind, finden Sie in Anhang III eine "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)".

Noch ein Hinweis für Sie: Wir unterscheiden die **versicherte Person** und den **Versicherungsnehmer** voneinander: Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Die Person, die Sie in diesem Vertrag versichert haben, ist die versicherte Person.

§ 1 Garantien, Chancen und Risiken

(1) Ihre Versicherung bietet Ihnen folgende »Garantieleistungen« zu Rentenbeginn:

- ein garantiertes Vertragsguthaben (siehe Absatz 3) und
- eine garantierte Mindestrente (siehe § 3 Abschnitt I.).

Außerdem werden Sie an der Wertentwicklung verschiedener »Wertpapiere« beteiligt. Wenn die »Wertpapiere« sich positiv entwickeln, kann das tatsächliche Vertragsguthaben höher sein als das garantierte Vertragsguthaben.

(2) Bis zum Rentenbeginn besteht Ihr Vertragsguthaben aus dem konventionellen Guthaben und dem Wertpapiervermögen. »Wertpapiere« im Sinne der Versicherungsbedingungen können beispielsweise Fonds oder besicherte Anleihen sein.

Wir teilen das vorhandene Vertragsguthaben monatlich zwischen dem konventionellen Guthaben und dem Wertpapiervermögen neu auf. So können Sie an deren Wertentwicklung teilhaben. Gleichzeitig stellen wir durch die Aufteilung die »Garantieleistungen« sicher. Es ist möglich, dass wir konventionelles Guthaben zu Gunsten von Wertpapieranteilen veräußern. Ebenso können wir die Wertpapieranteile reduzieren oder vollständig auflösen und in konventionelles Guthaben umwandeln. Durch schwankende Kapitalmärkte können Wertverluste für das Versichertenkollektiv entstehen. Um diese zu begrenzen, können wir Umschichtungen zwischen konventionellem Guthaben und »Wertpapieren« aussetzen.

Das Vertragsguthaben kann daher vollständig im konventionellen Guthaben aber auch vollständig im Wertpapiervermögen investiert sein.

(3) Wir garantieren Ihnen, dass Ihr Vertragsguthaben zum planmäßigen Rentenbeginn mindestens so hoch ist wie der höhere dieser beiden Werte:

- die »beitragsbezogene Garantie« und
- die »guthabenbezogene Garantie«.

Den höheren dieser beiden Werte bezeichnen wir daher als garantiertes Vertragsguthaben.

Die »beitragsbezogene Garantie« bestimmen wir so:

- Wir berechnen die Summe der für Ihren Vertrag vereinbarten Beiträge.
- Bei Abschluss des Vertrags vereinbaren wir mit Ihnen einen Anteil an den eingezahlten Beiträgen, der als »**beitragsbezogene Garantie** bei Rentenbeginn garantiert ist. Diesen Prozentsatz multiplizieren wir mit der berechneten Summe der Beiträge.
- Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, ziehen wir von diesem Wert die Summe aller Beitragsteile für den Schutz bei Berufsunfähigkeit ab.

Den planmäßigen Rentenbeginn, den vereinbarten Prozentsatz und die »**beitragsbezogene Garantie** finden Sie in Ihrer »**Police**.

Für die »**guthabenbezogene Garantie** multiplizieren wir zum 30. November eines jeden Jahres Ihr Vertragsguthaben mit dem in Ihrer »**Police** genannten Prozentsatz. Der so errechnete Wert ist die »**guthabenbezogene Garantie** des laufenden Jahres. Ist der Wert höher als die »**guthabenbezogene Garantie** des vergangenen Jahres, wird der Wert der »**guthabenbezogenen Garantie** des laufenden Jahres zur neuen »**guthabenbezogenen Garantie**. Ansonsten verbleibt die »**guthabenbezogene Garantie** auf dem vorherigen Wert. Wie wir den Wert Ihres Wertpapiervermögens berechnen und welchen »**Bewertungstichtag** wir dabei verwenden, finden Sie in § 14.

Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen (siehe § 8), können die »**beitragsbezogene Garantie** und die »**guthabenbezogene Garantie** auch von den vereinbarten Prozentsätzen abweichen. Wir werden Ihnen den neuen Wert des garantierten Vertragsguthabens dann mitteilen.

Bitte beachten Sie: Vor Rentenbeginn kann das Vertragsguthaben geringer sein als der gewählte Prozentsatz der eingezahlten Beiträge.

- (4) Die Kursentwicklung der Wertpapieranteile ist nicht vorauszusehen. Deshalb ist auch die Höhe unserer Leistung über das garantierte Vertragsguthaben hinaus unvorhersehbar. Sie tragen das Risiko von Kursrückgängen, haben aber auch die Chance, bei Kurssteigerungen der von Ihnen gewählten »**Wertpapiere** einen Wertzuwachs zu erzielen.

§ 2 Unsere Leistungen im Überblick

Unsere Leistung hängt davon ab, welchen Schutz Sie bei Abschluss des Vertrags mit uns vereinbart haben. Bitte sehen Sie in Ihrer »**Police** nach, welche Leistungen genau versichert sind.

Diese Leistungen können versichert sein:

- Rente
- Kapital statt Rente
- Leistung im Todesfall
- Schutz bei Berufsunfähigkeit
- Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit

§ 3 Unsere Leistungen im Einzelnen

I. Rente

- (1) Ab dem Rentenbeginn zahlen wir Ihnen eine lebenslange Rente in Euro bis zum Tod der versicherten Person. Dazu verkaufen wir Ihre Wertpapieranteile. Den »**Bewertungstichtag** für den Verkauf Ihrer Wertpapieranteile finden Sie in § 14. Die Rente zahlen wir monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich, je nachdem welche Zahlungsweise Sie bei Beginn der Versicherung vereinbart haben. Die Höhe der Rente bestimmen wir aus dem Vergleich der folgenden drei Werte:

- der Rente, die sich aus dem zu Rentenbeginn vorhandenen Vertragsguthaben und den zu Rentenbeginn aktuellen »**Rechnungsgrundlagen** ergibt (siehe Absatz 2),
- der Rente, die sich aus dem zu Rentenbeginn vorhandenen Vertragsguthaben und dem »**Mindestrentenfaktor** ergibt (siehe Absatz 3) und
- der garantierten Mindestrente (siehe Absatz 4).

Wir zahlen Ihnen den höchsten dieser drei Beträge als Rente.

- (2) Die Rente, die sich aus dem zu Rentenbeginn vorhandenen Vertragsguthaben und den zu Rentenbeginn aktuellen »**Rechnungsgrundlagen** ergibt, bestimmen wir so:
Zum Rentenbeginn rechnen wir Ihr Vertragsguthaben in eine Rente um. Das Vertragsguthaben besteht aus

- dem konventionellen Guthaben und
- dem Wertpapiervermögen.

Zum planmäßigen Rentenbeginn ist das Vertragsguthaben mindestens so hoch wie das garantierte

Vertragsguthaben. Das garantierte Vertragsguthaben ist der größere der beiden folgenden Beträge:

- der »**beitragsbezogenen Garantie** und
- der »**guthabenbezogenen Garantie**.

Einzelheiten zur »**beitragsbezogenen** und zur »**guthabenbezogenen Garantie** finden Sie in § 1 Absatz 3.

Bei der Berechnung der Rente verwenden wir die zu Rentenbeginn aktuellen »**Rechnungsgrundlagen**. Dabei berücksichtigen wir:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»**VAG**).

Die prozentuale Höhe der »**Kosten** im Rentenbezug steht bereits zu Beginn des Vertrags fest. Sie finden den entsprechenden Prozentsatz im Produktinformationsblatt in Ihren Angebotsunterlagen.

- (3) Ihrer »**Police** können Sie einen »**Mindestrentenfaktor** je 10.000 EUR Vertragsguthaben entnehmen, den wir Ihnen zum planmäßigen Rentenbeginn garantieren. Damit berechnen wir die Rente, die sich aus dem zu Rentenbeginn vorhandenen Vertragsguthaben und dem »**Mindestrentenfaktor** ergibt. Das Vertragsguthaben bestimmen wir dabei so, wie in Absatz 2 beschrieben.

Für die Ermittlung des »**Mindestrentenfaktors** je 10.000 EUR Vertragsguthaben verwenden wir folgende »**Rechnungsgrundlagen**:

- einen Rechnungszins von 0,40 % und
- 85% der Sterblichkeiten einer Sterbetafel für Rentenversicherungen, die auf der von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. veröffentlichten Sterbetafel DAV 2004R basiert.

Auch bei der Bestimmung des »**Mindestrentenfaktors** rechnen wir »**Kosten** ein. Der Prozentsatz dieser »**Kosten** entspricht dem Prozentsatz der »**Kosten** nach Absatz 2.

- (4) Für die Ermittlung der garantierten Mindestrente verwenden wir als »**Rechnungsgrundlagen**

- einen Rechnungszins von 0,90 % und
- eine Sterbetafel für Rentenversicherungen, die auf der von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. veröffentlichten Sterbetafel DAV 2004R basiert.

Auch bei der Bestimmung der garantierten Mindestrente rechnen wir »**Kosten** ein. Der Prozentsatz dieser »**Kosten** entspricht dem Prozentsatz der »**Kosten** nach Absatz 2.

Die Höhe der garantierten Mindestrente finden Sie in Ihrer »**Police**.

- (5) Wenn die Altersrente nach Absatz 1 die Abfindungshöchstgrenze im Sinne von § 3 Absatz 2 BetrAVG unterschreitet, gilt:

- Wir können den Betrag, der für die Berechnung dieser Rente zur Verfügung steht, in einer Summe auszahlen.
- Der Vertrag endet, wenn wir diesen Betrag auszahlen.

Rentenbeginn

- (6) Mit der Zahlung der Rente beginnen wir am planmäßigen Rentenbeginn. Diesen Termin finden Sie in Ihrer »**Police**. Auf Ihren Wunsch beginnen wir mit der Zahlung der Rente auch zu einem Monatsersten bis zu fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn die versicherte Person am vorverlegten Rentenbeginn mindestens 62 Jahre alt ist. Bitte informieren Sie uns zwei Wochen vor dem gewünschten Termin in »**Textform**.

- (7) Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen (siehe Absatz 6), berechnen wir die garantierte Mindestrente und den »**Mindestrentenfaktor** neu. Dabei verwenden wir die in den Absätzen 3 und 4 genannten »**Rechnungsgrundlagen**. Die Rente nach Absatz 1 zum neuen Rentenbeginn bestimmen wir dann mit den neuen Werten.

- (8) Auch wenn Sie Ihren Rentenbeginn vorverlegen, können Sie anstelle der Rente die Auszahlung des Kapitals wählen. In diesem Fall gelten die Regelungen, die in Abschnitt II. beschrieben sind.

- (9) Die Ansprüche nach § 6 BetrAVG bleiben von den Regelungen zur Vorverlegung unberührt.

II. Kapital statt Rente

- (1) Zum Rentenbeginn können Sie anstelle der Rente auch das Vertragsguthaben (siehe Abschnitt I. Absatz 2) ausgezahlt bekommen, wenn das Kapitalwahlrecht vereinbart ist. Ob das Kapitalwahlrecht vereinbart ist, können Sie Ihrer »**Police**« entnehmen. Sie können die Auszahlung eines Teils des Vertragsguthabens auch mit einer Rente kombinieren. Über die Einzelheiten informieren wir Sie gerne. Ihr Antrag auf Auszahlung des Kapitals muss uns mindestens sechs Wochen vor Rentenbeginn in »**Textform**« zugegangen sein.
- (2) Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen (siehe Abschnitt I. Absatz 6), muss die Zeit zwischen dem Beginn des Vertrags und dem vorverlegten Rentenbeginn mindestens fünf Jahre betragen. Sonst ist weder die Auszahlung des gesamten Vertragsguthabens noch eine Kombination von Auszahlung und Rente möglich. Ihr Antrag muss uns in diesem Fall mindestens drei Monate vor Rentenbeginn zugegangen sein.
- (3) Wenn Sie Ihr Vertragsguthaben vollständig auszahlen lassen, endet Ihr Vertrag.

III. Leistung im Todesfall

vor Rentenbeginn

- (1) Wenn die versicherte Person vor Beginn der Rente verstirbt, zahlen wir vor dem planmäßigen Rentenbeginn den höheren der beiden folgenden Beträge:
 - das vorhandene Vertragsguthaben
 - die bereits eingezahlten Beiträge.
- (2) Zur Berechnung des Vertragsguthabens bestimmen wir die Höhe des Wertpapiervermögens. Den »**Bewertungstichtag**« für Ihre Wertpapieranteile finden Sie in § 14.

nach Rentenbeginn

- (3) Wenn Sie keine »**Rentengarantiezeit**« vereinbart haben, so enden die Zahlung der Rente und der Vertrag mit Tod der versicherten Person. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person nach Ablauf der vereinbarten »**Rentengarantiezeit**« verstirbt.
- (4) Wenn die versicherte Person innerhalb der vereinbarten »**Rentengarantiezeit**« verstirbt, zahlen wir entweder
 - die Renten, die bis zum Ende der »**Rentengarantiezeit**« fällig geworden wären, in einem Betrag (Abfindung)
 - oder
 - die Rente bis zum Ende der »**Rentengarantiezeit**« weiter (Rentenfortzahlung).

Welche Form der Auszahlung Sie gewählt haben und weitere Einzelheiten hierzu finden Sie in Ihrer »**Police**«. Ihr Vertrag endet dann mit der Auszahlung der Abfindung oder der letzten Rente innerhalb der »**Rentengarantiezeit**«.

- (5) Bis ein Jahr vor dem planmäßigen Rentenbeginn können Sie die zu Vertragsbeginn vereinbarte »**Rentengarantiezeit**« ändern. Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen (siehe Abschnitt I. Absatz 6), können Sie die vereinbarte »**Rentengarantiezeit**« nur bis ein Jahr vor dem vorverlegten Rentenbeginn ändern. Bitte teilen Sie uns Ihren Änderungswunsch bis dahin in »**Textform**« mit. Wir berechnen dann die Höhe der versicherten Altersrente neu. Dabei berücksichtigen wir die geänderte »**Rentengarantiezeit**« und die Regelungen in Abschnitt I.
Wenn Sie Ihre »**Rentengarantiezeit**« verlängern, erhöht sich dadurch die Todesfalleistung ab Beginn der Rentenzahlung. Gleichzeitig verringert sich die garantierte Altersrente. Es gibt eine maximale Dauer der »**Rentengarantiezeit**«. Diese hängt vom Alter der versicherten Person zum Rentenbeginn ab.
Wenn Sie Ihre »**Rentengarantiezeit**« verkürzen, verringert sich dadurch die Todesfalleistung ab Beginn der Rentenzahlung. Gleichzeitig erhöht sich die garantierte Altersrente.

IV. Schutz bei Berufsunfähigkeit

- (1) Als Schutz bei Berufsunfähigkeit können Sie bei Vertragsabschluss vereinbaren:
 - die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und
 - eine Berufsunfähigkeitsrente.

Welchen Schutz Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrer »**Police**».

Die Leistungen erhalten Sie bei

- Berufsunfähigkeit und
- Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

der versicherten Person. Wie wir Berufsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen definieren, finden Sie in Anhang I.

Die Beiträge für den Schutz bei Berufsunfähigkeit entnehmen wir zu Beginn jedes Monats Ihrem Vertragsguthaben.

(2) Die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit erhalten Sie, wenn

- Sie den entsprechenden Schutz mit uns vereinbart haben und
- die versicherte Person innerhalb der für den jeweiligen Schutz vereinbarten »**Versicherungsdauer** zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen wird.

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bedeutet, dass Sie keine Beiträge mehr zahlen müssen. Die Beitragsbefreiung gilt ab dem nächsten Fälligkeitstermin für eine Beitragszahlung nach dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person berufsunfähig geworden ist. Ab dann zahlen wir die Beiträge für Ihre Altersrente.

Wenn Sie die Beiträge nicht monatlich zahlen, kann es sein, dass der Anspruch auf die Leistung (siehe Absatz 4) bereits vor dem nächsten Fälligkeitstermin entsteht. In diesem Fall führen wir zuviel gezahlte Beitragsteile Ihrem Vertragsguthaben zu.

Haben Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert, so zahlen wir Ihnen die vereinbarte monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rente. Die Zahlweise der Rente finden Sie in Ihrer »**Police**». Die Rente zahlen wir immer zu Beginn einer »**Rentenzahlungsperiode**«. Eine »**Rentenzahlungsperiode**« ist bei jährlicher »**Rentenzahlweise**« der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden »**Stammtagen**«. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate. Beginnt die Zahlung der Rente an einem Termin, der nicht Beginn einer »**Rentenzahlungsperiode**« ist, so zahlen wir die erste Rente anteilig für den Rest dieser »**Rentenzahlungsperiode**«.

Ist der Grad der Berufsunfähigkeit geringer als 50 %, so erhalten Sie keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ausnahme: Sie erhalten unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit Leistungen, wenn die versicherte Person berufsunfähig wegen Pflegebedürftigkeit ist (siehe Absatz 3).

Bitte beachten Sie: Die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit erhalten Sie maximal während der verbleibenden »**Leistungsdauer**«. Die »**Versicherungs-**« und »**Leistungsdauer**« finden Sie in der »**Police**«. Für die Beitragsbefreiung und die Berufsunfähigkeitsrente können unterschiedliche »**Versicherungs-**« und »**Leistungsdauern**« gelten. Die Begriffe sind auch in der "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)" erklärt. Bitte lesen Sie diese Informationen, sie sind sehr wichtig. Näheres dazu, wie lange wir die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit zahlen, finden Sie in Absatz 7.

Falls

- Sie die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit, aber keine Berufsunfähigkeitsrente versichert und
- wir bei Abschluss des Vertrags auf eine »**Gesundheitsprüfung**« verzichtet haben,

gibt es eine Wartezeit. Die Wartezeit beginnt mit dem Vertragsbeginn. Die Dauer der Wartezeit finden Sie in Ihrer »**Police**«. Wird die versicherte Person innerhalb der Wartezeit berufsunfähig, so erhalten Sie keine Leistung aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit. In diesem Fall endet der Schutz bei Berufsunfähigkeit. Den Teil des Beitrags, den Sie bisher für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gezahlt haben, verwenden wir ab diesem Zeitpunkt für die Altersrente. Diese Einschränkung der Leistung gilt nicht, wenn die Berufsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde. Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis, durch das die versicherte Person unfreiwillig in ihrer Gesundheit geschädigt wird. Der Unfall muss sich während der »**Versicherungsdauer**« ereignet haben.

(3) Wir leisten auch wie in Absatz 2 beschrieben, wenn die versicherte Person wegen Pflegebedürftigkeit berufsunfähig wird. Wie die Pflegebedürftigkeit in diesem Zusammenhang definiert ist, finden Sie in Anhang I Absatz 10 bis 13. In diesem Fall leisten wir unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit. Voraussetzung ist auch hier, dass

- Sie den jeweiligen Schutz bei Berufsunfähigkeit mit uns vereinbart haben und
- die Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit in der »**Versicherungsdauer** eintritt, die wir für den Schutz bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben.

Auch die in Absatz 2 beschriebene Wartezeitregelung gilt entsprechend, wenn wir eine Wartezeit vereinbart haben.

(4) Ab diesem Zeitpunkt haben Sie Anspruch auf die Leistungen:

- Der Monat, nachdem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
- Frühestens zum Beginn des Schutzes bei Berufsunfähigkeit.

Wenn die versicherte Person berufsunfähig ist, leisten wir auch rückwirkend. Wir zahlen die Leistungen für die Zeit, für die Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen. Voraussetzung ist, dass Sie uns die Berufsunfähigkeit in »**Textform** melden.

Wenn wir eine Wartezeit vereinbart haben (siehe Absatz 2) gilt: Wir leisten nicht, wenn der Beginn der Berufsunfähigkeit in die Wartezeit fällt. Dies gilt auch dann, wenn Sie uns die Berufsunfähigkeit erst später melden.

(5) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mit einer Karenzzeit vereinbart haben gilt:

- Wir zahlen die Berufsunfähigkeitsrente erst nach Ablauf der Karenzzeit.
- Die Karenzzeit beginnt mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Ihre Dauer in Monaten finden Sie in Ihrer »**Police**.
- Die Berufsunfähigkeit (siehe Absatz 2 und 3) muss während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden haben und bei Ablauf der Karenzzeit noch andauern.

(6) Bei Vertragsabschluss können Sie eine Leistungsdynamik vereinbaren. Das bedeutet:

Wenn Sie eine Leistungsdynamik für die Beitragsbefreiung vereinbart haben und Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten, gilt:

- Wir erhöhen jährlich die Beiträge, von deren Zahlung Sie befreit sind.
- Die Erhöhungen finden zu jedem »**Stammtag** statt, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt.
- Wir erhöhen die Beiträge um den vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie in Ihrer »**Police**. Dabei erhöhen wir jeweils den bisherigen, vor dem jeweiligen »**Stammtag** bestehenden Beitrag.
- Die Erhöhung der Beiträge führt dazu, dass sich die garantierte Mindestrente und das garantierte Vertragsguthaben erhöhen. Die neue versicherte Altersrente berechnen wir nach den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifikalkulation.
- Im Gegenzug entnehmen wir vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit einen höheren Beitrag aus dem Vertragsguthaben für den Schutz bei Berufsunfähigkeit als ohne Leistungsdynamik.
- Wenn die Berufsunfähigkeit wegfällt, müssen Sie wieder selber Beiträge zahlen. Die Höhe der Beiträge fällt dann auf den Betrag, der vor Beginn der Beitragsbefreiung fällig war. Dadurch reduzieren sich auch die garantierte Mindestrente und das garantierte Vertragsguthaben. Wenn Sie es wünschen, kann der Beitrag für die Altersrente aber auch auf dem erhöhten Stand bleiben. Hierfür verlangen wir keine neue »**Gesundheitsprüfung**. Die Beiträge für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit erhöhen sich dann entsprechend.

Wenn Sie eine Leistungsdynamik für die Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben und Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten, gilt:

- Wir erhöhen jährlich Ihre Berufsunfähigkeitsrente.
- Die Erhöhungen finden zu jedem »**Stammtag** statt, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, erfolgt die erste Erhöhung zum »**Stammtag** nach Ablauf der Karenzzeit.
- Wir erhöhen die Berufsunfähigkeitsrenten um den vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie in Ihrer »**Police**. Dabei erhöhen wir jeweils die bisherige, vor dem jeweiligen »**Stammtag** gezahlte Berufsunfähigkeitsrente.
- Vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit entnehmen wir einen höheren Betrag aus dem Vertragsguthaben für den Schutz bei Berufsunfähigkeit als ohne Leistungsdynamik.
- Wenn die Berufsunfähigkeit wegfällt, endet die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente. Wenn die versicherte Person später erneut berufsunfähig wird, zahlen wir wieder die Berufsunfähigkeitsrente in der ursprünglich vereinbarten Höhe. Diese steigt dann in den folgenden Jahren wieder durch die Leistungsdynamik.

Wir werden Sie informieren, wenn die Leistungsdynamik beginnt und wenn wir die jährlichen Erhö-

hungen durchführen. Sie können den dynamischen Erhöhungen der Beitragsbefreiung oder der Rente nicht widersprechen.

(7) In folgenden Fällen beenden wir die Beitragsbefreiung und die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente:

- Die »**Leistungsdauer**« ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.

Außerdem beenden wir unsere Leistungen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen aus den Absätzen 2 oder 3 nicht mehr erfüllt. Das bedeutet:

- die versicherte Person war berufsunfähig und der Grad der Berufsunfähigkeit sinkt unter 50 % oder
- die versicherte Person war berufsunfähig wegen Pflegebedürftigkeit und es besteht nun keine Pflegebedürftigkeit mehr.

In beiden Fällen müssen Sie dann wieder Beiträge zahlen.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie den planmäßigen Rentenbeginn hinausschieben (siehe Abschnitt I.), verändern sich die »**Versicherungs-**« und »**Leistungsdauer**« des Schutzes bei Berufsunfähigkeit nicht. Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen, endet Ihr Schutz bei Berufsunfähigkeit spätestens dann, wenn wir die erste Rente oder das Kapital (siehe Abschnitt II.) auszahlen. Dabei gilt folgende Ausnahme: Wenn Sie zum vorverlegten Rentenbeginn eine Rente wegen Berufsunfähigkeit erhalten, zahlen wir diese Rente neben der Altersrente weiter. Die Rente wegen Berufsunfähigkeit endet dann, wenn einer der oben genannten Fälle eintritt.

(8) Bis wir über die Anerkennung Ihres Antrags auf Leistung entschieden haben, stunden wir Ihre Beiträge zinslos. Das bedeutet, Sie müssen zunächst keine Beiträge zahlen. Wenn wir die Berufsunfähigkeit nicht anerkennen, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Falls Sie den Betrag nicht auf einmal bezahlen möchten, können wir auch vereinbaren, dass Sie ihn in Raten über maximal 24 Monate bezahlen. Sie können die Raten monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich zahlen. Wenn auch dies für Sie schwierig ist, sprechen Sie uns bitte an. Unter Umständen gibt es weitere Möglichkeiten, Ihnen die Nachzahlung der gestundeten Beiträge zu erleichtern. Dies kann beispielsweise die Herabsetzung der versicherten Leistung sein.

(9) Wenn wir die Leistung aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit beenden, informieren wir Sie in »**Textform**«. Das gilt, wenn keine Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % oder Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir keine Rente mehr und Sie müssen wieder Beiträge zahlen. Wenn wir den Wegfall der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Nachprüfung (siehe § 21 Abschnitt III. Absatz 9) festgestellt haben, gilt abweichend: Unsere Leistungen enden drei Monate, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben. Wenn es noch weitere Personen gibt, die Ansprüche auf Leistungen haben, informieren wir diese ebenfalls in »**Textform**«. Wenn die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut berufsunfähig wird, leisten wir wieder bis zum Ende der »**Leistungsdauer**«. Dies gilt selbst dann, wenn die »**Versicherungsdauer**« bereits abgelaufen ist.

Nach Einstellung unserer Leistungen wegen Berufsunfähigkeit rechnen wir bereits zurückgelegte Karenzzeiten an, wenn

- die Berufsunfähigkeit wegen der ursprünglichen Ursache wieder eintritt und
- die vereinbarte Leistungsdauer für den Schutz bei Berufsunfähigkeit noch nicht beendet ist.

Wurden bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund der ursprünglichen Ursache gewährt, so entsteht keine neue Karenzzeit.

(10) Der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit besteht weltweit.

(11) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, können Sie diesen Schutz auch nachträglich aus dem Vertrag ausschließen. Dies ist allerdings nur bis fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn möglich. Bitte beachten Sie, dass wir in diesem Fall einen Abzug nach § 17 Absatz 4 vornehmen. Die Höhe des Abzugs finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrer »**Police**«. Wenn Sie die Berufsunfähigkeitsrente aus Ihrem Vertrag ausschließen, zahlen wir hierfür keinen »**Rückkaufswert**«. Im Gegensatz zur Berufsunfähigkeitsrente können Sie die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit nicht nachträglich aus dem Vertrag ausschließen.

V. Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit

(1) Sie haben die Möglichkeit, zu Rentenbeginn eine Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit zu wählen. Wir können diese Option zu Beginn des Vertrags für Ihren Vertrag ausschließen. Dies gilt jedoch nur in den Fällen, in denen wir eine Erklärung der versicherten Person zu ihren Gesundheitsverhältnissen verlangen. Wenn die Option für Ihren Vertrag ausgeschlossen ist, finden Sie eine Information darüber in Ihrer »Police. Für diese Option zahlen Sie keinen Beitrag. Wenn Sie die Option ausgeübt haben, können Sie dies nicht mehr rückgängig machen. Wenn Sie die Option ausüben möchten, müssen Sie uns hierüber innerhalb des letzten Jahres vor dem Rentenbeginn, spätestens jedoch drei Monate vor Rentenbeginn informieren. Dies gilt auch, wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen (siehe Abschnitt I. Absatz 6).

(2) Das Ausüben der Option bedeutet Folgendes:
Ab dem Rentenbeginn zahlen wir anstelle der vereinbarten Altersrente (siehe Abschnitt I.) eine reduzierte Altersrente. Die reduzierte Rente erhöht sich um einen bestimmten Prozentsatz, wenn die versicherte Person

- zu Rentenbeginn bereits pflegebedürftig ist oder
- nach Rentenbeginn pflegebedürftig wird.

Den Prozentsatz legen Sie fest, wenn Sie die Option ausüben. Er beträgt höchstens 100 %. Wir garantieren Ihnen, dass die erhöhte Rente höher ist als die ursprüngliche Rente nach Abschnitt I. Dies gilt unabhängig von dem gewählten Prozentsatz. Über die Höhe der Rente informieren wir Sie, wenn Sie die Option ausüben. Wir zahlen die erhöhte Altersrente erstmals nach Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person eingetreten ist. Frühestens zahlen wir sie jedoch, wenn Sie uns die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person mitgeteilt haben.

Die erhöhte Altersrente endet mit dem Tod der versicherten Person. Wenn Sie eine »**Rentengarantiezeit** vereinbart haben, gilt diese nicht für den Teil der Rente, den wir wegen der Pflegebedürftigkeit mehr zahlen.

Wir berechnen die Höhe der reduzierten Altersrente mit zu Rentenbeginn aktuellen »**Rechnungsgrundlagen**. Dabei berücksichtigen wir auch Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Wir garantieren Ihnen aber auch nach Ausübung der Option eine Mindestrente.

- (3) Wie wir die Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeoption definieren, finden Sie in Anhang II.
- (4) Die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit können Sie nicht ausüben, wenn Sie zum Rentenbeginn die Kapitalauszahlung anstelle der Rente wählen.
- (5) Auch wenn Sie eine Kombination aus Kapitalauszahlung und Rente wählen, können Sie die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit ausüben. In diesem Fall berechnen wir zunächst eine reduzierte Rente, bei der sowohl die Teilkapitalzahlung als auch die Pflegeoption berücksichtigt ist. Wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird, erhöhen wir diese reduzierte Rente um den von Ihnen gewählten Prozentsatz. Alle anderen Regelungen zur reduzierten Altersrente gelten für die reduzierte Rente nach Teilkapitalauszahlung entsprechend.

§ 4 Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen

Wir leisten in der Regel unabhängig davon, wie es zum »**Leistungsfall** gekommen ist. Im Folgenden finden Sie Ausnahmen davon. Im Einzelfall können wir mit Ihnen auch darüber hinaus noch weitere Leistungsausschlüsse vereinbaren. Diese finden Sie in Ihren individuellen Vertragsunterlagen.

Beachten Sie außerdem, dass es bei einer fondsgebundenen Versicherung Einschränkungen gibt: Sie finden diese in § 12 Abschnitt III.

I. Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit kann verschiedene Ursachen haben. Haben Sie die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit oder die Berufsunfähigkeitsrente vereinbart, leisten wir bei diesen Ursachen nicht:

- Bei inneren Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Innere Unruhen sind beispielsweise gewalttätige Demonstrationen oder bürgerkriegsähnliche Auseinandersetzungen.
- Bei kriegerischen Ereignissen. Wir leisten aber bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ein, an denen die versicherte Person nicht aktiv beteiligt war. Diese Ausnahme gilt aber nur bei kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- Bei dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem bei

dem vorsätzlichen Einsatz oder dem vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den »**Rechnungsgrundlagen**« führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.

- Bei absichtlich herbeigeführter Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtlicher Selbstverletzung, versuchter Selbsttötung oder vorsätzlicher Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang I. Wir leisten aber, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch ärztliche Befunde nachgewiesen werden.
- Bei der vorsätzlichen Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines »**Verbrechens**« oder »**Vergehens**« durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind davon nicht betroffen. Dies gilt beispielsweise für fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr.
- Wenn Sie vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- Bei Strahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet oder schädigt. Die Gefährdung durch die Strahlung muss sehr hoch sein: Um diese abzuwehren und zu bekämpfen muss eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig geworden sein.

II. Erhöhte Altersrente bei Pflegebedürftigkeit

Auch Pflegebedürftigkeit kann verschiedene Ursachen haben. Wir zahlen die erhöhte Altersrente (siehe § 3 Abschnitt V.) nicht, wenn diese Ursachen unmittelbar oder mittelbar für die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person verantwortlich sind:

- Innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Innere Unruhen sind beispielsweise gewalttätige Demonstrationen oder bürgerkriegsähnliche Auseinandersetzungen.
- Kriegerische Ereignisse. Wir leisten aber bei dieser Ausnahme: Die versicherte Person wird in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen pflegebedürftig, an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Diese Ausnahme gilt aber nur bei kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- Der vorsätzliche Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem der vorsätzliche Einsatz oder das vorsätzliche Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den »**Rechnungsgrundlagen**« führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.
- Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift.
- Selbstverstümmelungen, selbst herbeigeführte Krankheit, versuchte Selbsttötung oder vorsätzliche Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit. Wir leisten aber, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch ärztliche Befunde nachgewiesen werden.
- Die vorsätzliche Ausführung oder der strafbare Versuch eines »**Verbrechens**« oder »**Vergehens**« durch die versicherte Person.
- Wenn Sie vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen herbeigeführt haben.
- Strahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet oder schädigt. Die

Gefährdung durch die Strahlung muss sehr hoch sein. Um diese abzuwehren oder zu bekämpfen muss eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig geworden sein.

Ist die versicherte Person Angehöriger der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Einsatzkräfte (beispielsweise der Polizei) gilt außerdem: Wir leisten nicht, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht wurde durch die Teilnahme

- an Missionen mit einem Mandat der Vereinten Nationen,
- an Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen,
- an Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen (beispielsweise der UNO) oder
- an Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Risiko.

Wir leisten aber, wenn der Versicherungsfall während humanitärer Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland eintritt. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person nicht an bewaffneten Unternehmungen beteiligt ist.

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss Ihres Vertrages. Das ist in der Regel der Fall, wenn Sie die »**Police**« erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der in der »**Police**« als Beginn der Versicherung angegeben ist. Das gleiche gilt für den Schutz bei Berufsunfähigkeit, falls Sie diesen mit uns vereinbart haben. Jedoch besteht kein Versicherungsschutz, wenn Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und die Nichtzahlung zu vertreten haben (siehe § 6).

Beiträge

§ 6 Beitragszahlung

I. Erster Beitrag

- (1) Wenn Sie die »**Police**« erhalten haben, zahlen Sie bitte Ihren ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen. Haben wir in der »**Police**« einen späteren Termin für die erste Zahlung vereinbart? Dann zahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin. Ein wichtiger Hinweis: Sie haben von Anfang an keinen Versicherungsschutz, wenn Sie diese Fristen aus eigener Schuld versäumen.
- (2) Außerdem dürfen wir in diesem Fall vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie die Zahlung noch nicht veranlasst haben. Ausnahme: Sie weisen uns nach, dass Sie die unpünktliche Zahlung oder Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Wir empfehlen Ihnen: Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

Damit Sie weiter in vollem Umfang versichert sind, zahlen Sie bitte die folgenden Beiträge ebenfalls bis zu ihren Fälligkeitsterminen. Wenn Sie die Zahlung zum Tag der Fälligkeit vergessen haben, werden wir Ihnen eine Mahnung schicken. Wir setzen Ihnen in der Mahnung eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wir können die Mahnung mit einer Kündigung verbinden. Bezahlen Sie die offenen Beiträge nicht innerhalb der Frist und haben Sie das zu vertreten, sind Sie nur noch eingeschränkt oder gar nicht versichert. Auf die rechtlichen Folgen werden wir Sie in der Mahnung hinweisen.

Wir können außerdem einen anderen »**Bewertungstichtag**« festsetzen (siehe § 14).

Änderungen der Leistungen und Beiträge

§ 7 Ergänzungszahlung

Ergänzungszahlungen sind in diesem Tarif nicht möglich.

**§ 8
Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung**

- (1) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie in »**Textform**« beantragen, die Zahlung von Folgebeiträgen für die Dauer von drei bis 36 Monaten zu unterbrechen. Dies gilt jeweils zum nächsten Fälligkeitstermin. Dafür zahlen Sie eine »**Gebühr**«. Die Unterbrechung der Zahlung ist nur möglich, wenn das Vertragsguthaben mindestens so groß ist wie die Summe der durch die Unterbrechung entfallenden Beiträge. Durch die Zahlungsunterbrechung sinkt die garantierte Mindestrente.

Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, bleibt dieser bei einer Zahlungsunterbrechung bestehen. Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, sinkt diese im gleichen Verhältnis wie die garantierte Mindestrente. Wir werden die durch eine Zahlungsunterbrechung entfallenden Beiträge nicht nachträglich von Ihnen einfordern. Wenn Sie nach der Zahlungsunterbrechung die Zahlungen wieder aufnehmen, können Sie aber Ihre Beitragssumme vor der Zahlungsunterbrechung wiederherstellen. Dazu haben Sie die Möglichkeit die zukünftig zu zahlenden Beiträge zu erhöhen.

Hierdurch erhöhen sich die garantierte Mindestrente und die Berufsunfähigkeitsrente wieder auf den Stand vor der Zahlungsunterbrechung. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

- (2) Ihren Beitrag können Sie immer zum nächsten Fälligkeitstermin reduzieren. Dafür zahlen Sie eine »**Gebühr**«. Der Beitrag darf aber nicht unter 30 EUR monatlich liegen. Die Summe aller Beiträge muss mindestens 3.600 EUR betragen.
- (3) Die Zahlung Ihrer Beiträge können Sie auch immer zum nächsten Fälligkeitstermin ganz beenden. Bei einer solchen Beitragsfreistellung vermindern wir das Vertragsguthaben um einen Abzug. Die Erhebung dieses Abzuges vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen: Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Die Höhe des Abzuges haben wir auf der Basis von pauschalen Annahmen bestimmt. Sie hängt auch davon ab, in welchem Vertragsjahr die Beitragsfreistellung erfolgt. Um den Abzug festzulegen, nehmen wir Folgendes an:

- a. Bei einer Beitragsfreistellung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
- b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versicherungsgemeinschaft kein Nachteil entsteht.
- c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch hierfür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.

Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Abzuges tragen wir. Haben wir diesen Nachweis erbracht, können Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen ausnahmsweise nicht oder nur teilweise zutreffen. Ist dies bezogen auf Ihren Vertrag der Fall, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Abzug.

Über die Höhe des Abzuges informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrer »**Police**«.

- (4) Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, gilt:
- Wenn Sie Ihren Beitrag reduzieren, gilt die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit für den reduzierten Beitrag. Wenn Sie auch eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, reduzieren wir diese Rente. Das Verhältnis zwischen Mindestrente und Berufsunfähigkeitsrente bleibt bestehen.
 - Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen, entfällt der Schutz der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit. Wenn Sie auch eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, reduzieren wir diese Rente. Das Verhältnis zwischen Mindestrente und Berufsunfähigkeitsrente bleibt bestehen.
- (5) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, können Sie finanzielle Nachteile haben. Die garantierten

Leistungen verringern sich. Das Vertragsguthaben zu Rentenbeginn ist geringer als ohne Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion. Daher sind auch die daraus berechneten Renten geringer. Insbesondere kann das garantierte Vertragsguthaben nach der Beitragsfreistellung auch geringer sein als der gewählte Prozentsatz der eingezahlten Beiträge. Den neuen Wert Ihrer »beitragsbezogenen Garantie teilen wir Ihnen mit. In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb ist zuerst nur ein geringes Vertragsguthaben vorhanden. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 15 Absatz 2.

(6) Sie können

- nach einer Beitragsreduktion jederzeit den Beitrag wieder erhöhen bzw.
- innerhalb von 36 Monaten nach einer Beitragsfreistellung die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Die neue Beitragssumme darf aber nicht höher sein als die Beitragssumme vor Beginn der Beitragsfreistellung oder der Beitragsreduktion. Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung dürfen wir die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit ausschließen.

Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, gilt darüber hinaus:

- Auch bei einer Beitragsreduktion ist die Erhöhung des Beitrags nur innerhalb von 36 Monaten nach Beginn der Beitragsreduktion möglich.
- Nehmen Sie die Beitragszahlung innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung wieder auf, benötigen wir keine neue »**Gesundheitsprüfung**«. Sie dürfen zu diesem Zeitpunkt aber nicht berufsunfähig sein.
- Auch wenn Sie innerhalb von sechs Monaten nach Beginn einer Beitragsreduktion den Beitrag wieder erhöhen, benötigen wir keine neue »**Gesundheitsprüfung**«. Sie dürfen zu diesem Zeitpunkt aber nicht berufsunfähig sein.
- Nach Ablauf dieser Frist müssen Sie eine neue »**Gesundheitsprüfung**« ablegen, wenn Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder den Beitrag erhöhen möchten.

Darüber wie sich die Wiederaufnahme der Beitragszahlung oder die Beitragserhöhung auf Ihren Vertrag auswirken, werden wir Sie im Einzelfall informieren.

Wenn Sie nach einer beitragsfreien Zeit die Zahlungen wieder aufnehmen oder nach einer Beitragsreduktion Ihren Beitrag wieder erhöhen, gilt: Sie können Ihre Beitragssumme vor Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion durch eine Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge wiederherstellen.

§ 9 Dynamische Erhöhungen Ihres Vertrages - Beitragserhöhungen ohne Gesundheitsprüfung

- (1) Wenn Sie eine dynamische Erhöhung Ihres Vertrags vereinbart haben, erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen ohne erneute »**Gesundheitsprüfung**«.
- (2) Die Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen führen wir jeweils zum »**Stammtag**« durch. Die erste Erhöhung nach dem Beginn der Versicherung erfolgt dabei frühestens, nachdem ein volles Jahr vergangen ist.
- (3) Die dynamischen Erhöhungen erhöhen die garantierte Mindestrente (siehe § 3) und die »**beitragsbezogene Garantie**« (siehe § 1). Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, erhöhen wir auch diese Rente. Das Verhältnis zwischen Mindestrente und Berufsunfähigkeitsrente bleibt bestehen. Sie können bei Abschluss des Vertrags aber auch vereinbaren, dass eine eingeschlossene Berufsunfähigkeitsrente nicht dynamisch erhöht wird. Dann bleibt die Berufsunfähigkeitsrente bei dynamischen Erhöhungen Ihres Vertrags gleich.
Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen garantierten Mindestrente verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »**Rechnungsgrundlagen**«. Diese »**Rechnungsgrundlagen**« legen wir jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir:
 - die Entwicklung der Lebenserwartung,
 - die Rendite der Kapitalanlagen und
 - die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»**VAG**«).
- (4) Sie können innerhalb von zwei Monaten nach dem Termin der Erhöhung auf die Beitragserhöhung verzichten.
- (5) Sie können die dynamischen Erhöhungen bei Abschluss des Vertrags zeitlich befristen. Falls Sie

keine Befristung der Dynamik vereinbart haben, führen wir die letzte Erhöhung spätestens fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn durch. Wenn die versicherte Person älter ist als 66 Jahre, erfolgt jedoch keine weitere Erhöhung mehr.

- (6) Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben und Leistungen hieraus erhalten, erfolgen keine weiteren Erhöhungen mehr. Wenn die versicherte Person wieder berufsfähig ist, können Sie erneut einen Antrag auf dynamische Erhöhungen Ihres Vertrags stellen.
- (7) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben gilt: Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten
 - bis 24.000 EUR 65 % des jährlichen Bruttoeinkommens
 - bis 30.000 EUR 60 % des jährlichen Bruttoeinkommens
 - ab 30.001 EUR 50 % des jährlichen Bruttoeinkommens

Wenn die Berufsunfähigkeitsrente einen dieser Grenzwerte durch eine dynamische Erhöhung überschreitet, setzen wir die dynamische Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente aus.

- (8) Die Vereinbarungen zur dynamischen Erhöhung Ihres Vertrags finden Sie in Ihrer »**Police**«. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

§ 10 Außerplanmäßige Beitragserhöhungen

I. Anlassunabhängige Beitragserhöhung

- (1) Sie können einmal pro Kalenderjahr Ihren Beitrag ohne erneute »**Gesundheitsprüfung**« erhöhen. Die erste Erhöhung können Sie frühestens fünf Jahre nach Vertragsbeginn vornehmen. Die Erhöhungen sind bis fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn möglich. Sie können eine Erhöhung immer zum nächsten Termin vornehmen, an dem eine Beitragszahlung fällig wird.
- (2) Die anlassunabhängigen Beitragserhöhungen erhöhen die garantierte Mindestrente (siehe § 3) und die »**beitragsbezogene Garantie**« (siehe § 1). Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, bleibt diese gleich.

Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen garantierten Mindestrente verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »**Rechnungsgrundlagen**«. Diese »**Rechnungsgrundlagen**« legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»**VAG**«).

- (3) Für die anlassunabhängige Beitragserhöhung gelten folgende Grenzen:
 - Bei jeder anlassunabhängigen Beitragserhöhung muss sich der Beitrag um mindestens 60 EUR und um maximal 300 EUR pro Jahr erhöhen.
 - Die Summe aller außerplanmäßigen Beitragserhöhungen darf nicht höher sein als die Hälfte des zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitrags. Zur Summe aller außerplanmäßigen Beitragserhöhungen zählen hierbei sowohl die anlassunabhängigen Beitragserhöhungen als auch die anlassunabhängigen Beitragserhöhungen nach Abschnitt II.
- (4) Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben und die versicherte Person berufsunfähig wird, können Sie keine anlassunabhängigen Erhöhungen mehr vornehmen. Wenn die versicherte Person wieder berufsfähig ist, können Sie erneut einen Antrag auf anlassunabhängige Beitragserhöhungen stellen. Falls Sie eine anlassunabhängige Erhöhung vorgenommen haben und anschließend Leistungen wegen Berufsunfähigkeit für einen Zeitraum vor der anlassunabhängigen Erhöhung erhalten, gilt: Die anlassunabhängige Erhöhung wird zurückgenommen und wir zahlen Ihnen den auf die anlassunabhängige Erhöhung entfallenden Teil der Prämien zurück.
- (5) Wenn Sie eine anlassunabhängige Beitragserhöhung vorgenommen haben, ist der so erhöhte Beitrag Grundlage für weitere dynamische Erhöhungen (siehe § 9). Dies gilt nur dann, wenn Sie die dynamische Erhöhung des Vertrags vereinbart haben.
- (6) Wenn Sie eine anlassunabhängige Beitragserhöhung vornehmen möchten, informieren Sie uns bitte

in »**Textform**«.

II. Anlassabhängige Beitragserhöhung bei Einschluss einer Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, können Sie bei folgenden nach Versicherungsbeginn eingetretenen Anlässen Ihren Beitrag ohne erneute »**Gesundheitsprüfung**« erhöhen:
- a. Die versicherte Person heiratet oder begründet eine Eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.
 - b. Die Ehe oder Eingetragene Lebenspartnerschaft der versicherten Person wird geschieden oder aufgelöst.
 - c. Ein Kind der versicherten Person wird geboren oder die versicherte Person adoptiert ein unterhaltsberechtigtes Kind.
 - d. Die versicherte Person erreicht die Volljährigkeit.
 - e. Die versicherte Person nimmt eine selbstständige berufliche Tätigkeit zum Haupterwerb auf. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
 - f. Die versicherte Person erreicht einen akademischen Abschluss. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
 - g. Die versicherte Person legt die Meisterprüfung ab oder schließt eine berufliche Qualifikation ab, die mit einer Gehaltserhöhung verbunden ist.
 - h. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR auf.
 - i. Das regelmäßige jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person erhöht sich um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres.

Ihr Recht auf anlassabhängige Beitragserhöhung können Sie nur unter der folgenden Bedingung ausüben: Sie müssen uns Ihren Wunsch auf anlassabhängige Beitragserhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der genannten Anlässe anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

Die erste Erhöhung können Sie frühestens fünf Jahre nach Vertragsbeginn vornehmen. Die Erhöhungen sind bis fünfzehn Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn möglich. Sie können eine Erhöhung immer zum nächsten Termin vornehmen, an dem eine Beitragszahlung fällig wird.

- (2) Die anlassabhängigen Beitragserhöhungen erhöhen die garantierte Mindestrente (siehe § 3), die »**beitragsbezogene Garantie**« (siehe § 1) und die versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Dabei bleibt das Verhältnis zwischen Mindestrente und Berufsunfähigkeitsrente bestehen.

Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen garantierten Mindestrente verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »**Rechnungsgrundlagen**«. Diese »**Rechnungsgrundlagen**« legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»**VAG**«).

- (3) Für die anlassunabhängige Beitragserhöhung gelten die folgenden Voraussetzungen:

- a. Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen.
- b. Sie haben noch keine Versicherungsleistungen wegen Berufsunfähigkeit aus diesem Vertrag erhalten.

- (4) Für die anlassabhängige Beitragserhöhung gelten folgende Grenzen:

- Bei jeder anlassabhängigen Beitragserhöhung muss sich der Beitrag um mindestens 60 EUR pro Jahr erhöhen.
- Bei jeder anlassabhängigen Beitragserhöhung erhöht sich die versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente um maximal 6.000 EUR.
- Die versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente beträgt nach der anlassabhängigen Beitragserhöhung nicht mehr als 30.000 EUR.
- Die Summe aller außerplanmäßigen Beitragserhöhungen darf nicht höher sein als die Hälfte des zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitrags. Zur Summe aller außerplanmäßigen Beitragserhöhungen zählen hierbei sowohl die anlassabhängigen Beitragserhöhungen als auch die anlassunabhängigen Beitragserhöhungen nach Abschnitt I.

- (5) Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten

- bis 24.000 EUR 85 % des jährlichen Bruttoeinkommens
- bis 30.000 EUR 80 % des jährlichen Bruttoeinkommens
- ab 30.001 EUR 70 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

Wenn die Berufsunfähigkeitsrente einen dieser Grenzwerte überschreitet, erhalten Sie ein verändertes Angebot, bei dem obige Grenzen beachtet werden.

- (6) Wenn die versicherte Person berufsunfähig wird, können Sie keine anlassabhängigen Erhöhungen mehr vornehmen. Falls Sie eine anlassabhängige Erhöhung vorgenommen haben und anschließend Leistungen wegen Berufsunfähigkeit für einen Zeitraum vor der anlassabhängigen Erhöhung erhalten, gilt: Die anlassabhängige Erhöhung wird zurückgenommen und wir zahlen Ihnen den auf die anlassabhängige Erhöhung entfallenden Teil der Prämien zurück.
- (7) Wenn Sie eine anlassabhängige Beitragserhöhung vorgenommen haben, ist der so erhöhte Beitrag Grundlage für weitere dynamische Erhöhungen (siehe § 9). Dies gilt nur dann, wenn Sie die dynamische Erhöhung des Vertrags vereinbart haben.
- (8) Wenn Sie eine anlassabhängige Beitragserhöhung vornehmen möchten, informieren Sie uns bitte in »**Textform**«.

Überschussbeteiligung

§ 11 Überschussbeteiligung

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (»**VVG**«) an den »**Überschüssen**« und »**Bewertungsreserven**« (»**Überschussbeteiligung**«).

I. Überschussermittlung

- (1) Die »**Überschüsse**« stellen wir jährlich bei unserem Jahresabschluss fest. Wir berücksichtigen bei der Ermittlung die Vorschriften des Handelsgesetzbuches (»**HGB**«) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (»**VAG**«) sowie die dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Ein unabhängiger Wirtschaftsprüfer prüft den Jahresabschluss.
- (2) Ein Teil des ermittelten »**Überschusses**« wird den Verträgen direkt gutgeschrieben. Ein weiterer Teil wird der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der »**Überschüsse**« im Zeitablauf auszugleichen. Diejenigen Beträge, die wir der RfB zugeführt haben, dürfen wir grundsätzlich nur für die »**Überschussbeteiligung**« der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in Ausnahmefällen dürfen wir hiervon abweichen. Diese Ausnahmen sind nach § 140 VAG:
- die Abwendung eines drohenden Notstandes,
 - der Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind und
 - die Erhöhung der »**Deckungsrückstellung**«, wenn die »**Rechnungsgrundlagen**« angepasst werden müssen. Die »**Rechnungsgrundlagen**« dürfen wir nur dann anpassen, wenn die Änderung der Verhältnisse unvorhersehbar und nicht nur vorübergehend ist.

Wir dürfen die Ausnahmeregelung nur dann anwenden, wenn die Aufsichtsbehörde dem zugestimmt hat.

- (3) Die Höhe der künftigen »**Überschussbeteiligung**« hängt davon ab
- wie sich unsere Kapitalerträge entwickeln,
 - wie oft und in welcher Höhe wir Leistungen erbringen und
 - wie sich die »**Kosten**« entwickeln.

Wir können nicht voraussehen, wie sich die »**Überschussbeteiligung**« entwickelt. Wir können daher auch nicht sagen, wie hoch die »**Überschüsse**« künftig sein werden. Das bedeutet: Wir können die Höhe der »**Überschüsse**« nicht garantieren.

- (4) Verschiedene Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum »**Überschuss**« bei. Deshalb ha-

ben wir ähnliche Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Wir verteilen die »**Überschüsse** auf die einzelnen Bestandsgruppen nach dem Umfang, in dem sie zur Entstehung des »**Überschusses** beigetragen haben.

- (5) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der fondsgebundenen Rentenversicherungen.

II. Zuteilung von Überschüssen

- (1) Unser Vorstand legt auf Vorschlag des »**Verantwortlichen Aktuars** die »**Überschüsse** für die einzelnen Verträge für jedes Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen die Höhe der »**Überschüsse** im Geschäftsbericht (»**Überschussdeklaration**). Bitte beachten Sie: »**Überschüsse** können in einzelnen Jahren auch ganz entfallen.
- (2) Wir entnehmen die Mittel, die jährlich ausgeschüttet werden, den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der RfB.

III. Zuteilung von Überschüssen vor Rentenbeginn

- (1) In der Ansparphase, also vor Beginn der Rente, kommt Ihnen ein Teil der »**Überschüsse** sofort zugute. Sie erhalten Kostenanteile, die direkt die anfallenden »**Kosten** reduzieren. Außerdem erhalten Sie Risikoanteile, die direkt mit dem Beitrag für den Schutz im Todesfall verrechnet werden. Wenn Sie einen Schutz bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben, erhalten Sie auch hierfür Risikoanteile. Diese werden mit dem Beitrag verrechnet, den wir für den Schutz bei Berufsunfähigkeit entnehmen. Auf diese Weise können Sie früher und in größerem Umfang von einer positiven Entwicklung der von Ihnen gewählten »**Wertpapiere** profitieren. Die Höhe der »**Kosten** und der Beiträge für den Risikoschutz, die wir tatsächlich entnehmen, kann durch diese Verrechnung von Jahr zu Jahr schwanken. Sie sind aber niemals höher als die Obergrenzen, die wir Ihnen in Ihren Versicherungsunterlagen (Produktinformationsblatt) genannt haben. In der »**Jährlichen Mitteilung** informieren wir Sie darüber

- welche »**Kosten** und Beiträge für den Risikoschutz wir tatsächlich entnommen haben und
- ob sich die Höhe der Beträge im folgenden Jahr ändert.

Die Obergrenzen der Beiträge für den Schutz im Todesfall und bei Berufsunfähigkeit berechnen wir auf der Grundlage von Wahrscheinlichkeiten. Diese wurden von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. veröffentlicht. Außerdem hängen die Obergrenzen vom Alter der versicherten Person, der Restlaufzeit Ihres Vertrags und der Entwicklung Ihres Vertragsguthabens ab. Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben, spielt auch die »**Versicherungs-** und »**Leistungsdauer** hierfür eine Rolle.

Darüber hinaus erhalten Sie nach einer Wartezeit einen Kostenüberschuss. Diesen berechnen wir an jedem Monatsanfang auf Basis des dann vorhandenen Wertpapierguthabens. Wenn Sie in einem Monat einen Beitrag zahlen, berechnen wir den Kostenüberschuss, nachdem wir den Beitrag eingerechnet haben. Der Kostenüberschuss fließt zu Beginn jedes Monats in Ihr Vertragsguthaben. Einen weiteren Teil der »**Überschüsse** führen wir ebenfalls zu Beginn jedes Monats Ihrem Vertragsguthaben zu. Diesen Ertragsanteil berechnen wir in Prozent des konventionellen Guthabens des Vormonats.

Die Höhe der Überschussätze und die Dauer der Wartezeit des Kostenüberschusses finden Sie in unserer »**Überschussdeklaration**.

- (2) Wenn Sie eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben, erhalten Sie bei Berufsunfähigkeit »**Überschüsse**. Die »**Überschüsse** erhalten Sie immer am »**Stamntag** Ihrer Versicherung. Wir zahlen sie erstmals an dem »**Stamntag**, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Diese »**Überschüsse** investieren wir in Ihr Wertpapiervermögen. Die Höhe entnehmen Sie bitte der »**Jährlichen Mitteilung**.
- (3) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, zahlen wir bei Berufsunfähigkeit eine jährlich steigende oder gleichbleibende »**Gewinnrente**. Wir berechnen den Zuwachs als Prozentsatz der Berufsunfähigkeitsrente im vorigen Jahr (inklusive »**Gewinnrente**). Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der »**Überschussdeklaration**. Während Sie Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit erhalten, beteiligen wir Sie auch an den »**Bewertungsreserven** (siehe Abschnitt V.). Die Beteiligung an den »**Bewertungsreserven** ist dann in der »**Gewinnrente** enthalten. Die »**Gewinnrente** zahlen wir erstmals an dem »**Stamntag**, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Falls Sie eine Karenzzeit (siehe § 3 Abschnitt IV. Absatz 5) vereinbart haben, gilt außerdem:

- Bereits an »**Stammtagen** innerhalb der Karenzzeit erhöht sich Ihr Anspruch auf die

- »**Gewinnrente**. Erstmals berechnen wir die »**Gewinnrente** an dem »**Stamntag** innerhalb der Karenzzeit, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat.
- Erst wenn die Karenzzeit abgelaufen ist, zahlen wir die »**Gewinnrente** aus.

Wir zahlen die »**Gewinnrente** zusammen mit der Berufsunfähigkeitsrente aus.

IV. Zuteilung von Überschüssen nach Rentenbeginn

- (1) Für die Verwendung der »**Überschüsse** nach Beginn der Rentenzahlung gibt es zwei Möglichkeiten:

- »**Bonusrente** oder
- »**Gewinnrente**.

Für welche Überschussverwendung Sie sich bei Vertragsabschluss entschieden haben, finden Sie in Ihrer »**Police**. Bevor die Zahlung der Rente beginnt, können Sie die Überschussverwendung aber noch ändern. Wenn Sie dies wünschen, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens sechs Wochen vor Beginn der Rente in »**Textform** mit.

- (2) Wenn Sie sich für die »**Bonusrente** entschieden haben, weisen wir die »**Überschüsse** Ihrem Vertrag jährlich zu. Die erste Zuteilung erfolgt bei Rentenbeginn. Danach werden die »**Überschüsse** immer zum »**Stamntag** zugeteilt. Wenn der Rentenbeginn nicht auf einen »**Stamntag** fällt, erhalten Sie zum Rentenbeginn eine anteilige Zuteilung. Aus den »**Überschüssen** bilden wir jedes Jahr eine zusätzliche Rente (»**Bonusrente**). Dies führt dazu, dass die gesamte Rente gleich bleibt oder steigt. Bei der Berechnung der Höhe der »**Bonusrente** verwenden wir die jeweils zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuellen »**Rechnungsgrundlagen**. Dabei berücksichtigen wir:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»**VAG**).

Wenn eine »**Bonusrente** zugeteilt ist, ist sie ebenfalls garantiert. In den folgenden Jahren teilen wir »**Überschüsse** auch auf diese »**Bonusrente** zu.

- (3) Wenn Sie sich für die »**Gewinnrente** entschieden haben, erhalten Sie

- die zu Beginn der Altersrente garantierte Rente und
- eine zusätzliche Rente aus den »**Überschüssen** (»**Gewinnrente**).

Die »**Gewinnrente** berechnen wir bei Rentenbeginn. Ihre Höhe ändert sich so lange nicht, wie die Höhe der »**Überschüsse** unverändert bleibt. Wenn sich die Höhe der »**Überschüsse** ändert, berechnen wir die »**Gewinnrente** zum nächsten »**Stamntag** neu.

Die jeweilige »**Gewinnrente** ist daher nicht garantiert. Wenn sich die »**Überschüsse** günstig entwickeln, können Sie über die »**Gewinnrente** hinaus auch »**Bonusrenten** erhalten.

- (4) Die genaue Höhe der »**Bonus-** oder »**Gewinnrente** finden Sie in der »**Jährlichen Mitteilung**.

- (5) Wenn Sie die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit ausgeübt haben, so gilt außerdem:

Die Zuteilung von »**Überschüssen** auf die reduzierte Altersrente nehmen wir vor, wie in den Absätzen 1 bis 3 beschrieben.

Wenn die versicherte Person zu Rentenbeginn bereits pflegebedürftig ist, erhalten Sie auch »**Überschüsse** auf den Teil der Altersrente, den Sie wegen der Pflegebedürftigkeit zusätzlich gezahlt bekommen. Die erste Zuteilung erfolgt bei Rentenbeginn. Danach teilen wir die »**Überschüsse** immer zu Beginn eines jeden Rentenbezugsjahres zu. Diese »**Überschüsse** verwenden wir immer für eine »**Bonusrente**, also zur Erhöhung der laufenden Rente. Dies geschieht unabhängig davon, für welche Überschussverwendung der reduzierten Altersrente Sie sich entschieden haben.

Wenn die versicherte Person zu Rentenbeginn noch nicht pflegebedürftig ist, bauen wir einen Schlussbonus auf. Solange die versicherte Person noch nicht pflegebedürftig ist, können wir den Schlussbonus auch widerrufen. Wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird, bilden wir aus dem Schlussbonus eine zusätzliche Rente. Diese Rente ist dann garantiert. Die Höhe der Rente berechnen wir mit zum Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit aktuellen »**Rechnungsgrundlagen**. Dabei berücksichtigen wir:

- die Entwicklung der Lebenserwartung

- die Rendite der Kapitalanlagen.

Neben den »**Überschüssen** auf die reduzierte Altersrente erhalten Sie »**Überschüsse** auf beide Renten:

- die Altersrente, die wir wegen der Pflegebedürftigkeit zusätzlich zahlen und
- die Rente aus dem Schlussbonus.

Die »**Überschüsse** teilen wir zu Beginn eines jeden Rentenbezugsjahres zu. Wir verwenden sie immer für eine »**Bonusrente**, also zur Erhöhung der laufenden Rente.

Wenn wir die Altersrenten aus den zugeteilten »**Überschüssen** berechnen, verwenden wir dafür die »**Rechnungsgrundlagen**, die zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuell sind. Dabei berücksichtigen wir

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (**»VAG**).

Die Rente aus »**Überschüssen** auf die erhöhte Altersrente ist garantiert, sobald wir Sie Ihnen zugeteilt haben. Auch diese Rente wird danach für die Zuteilung von »**Überschüssen** berücksichtigt.

Sie wählen bei Rentenbeginn den Prozentsatz, um den sich die reduzierte Altersrente bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit erhöht. Wegen des hier beschriebenen Verfahrens kann es dazu kommen, dass das Verhältnis der Renten unter Berücksichtigung der »**Überschussbeteiligung** davon abweicht. Dies kann beispielsweise die Folge unterschiedlicher Überschussentwicklungen sein. Über den aktuellen Stand informieren wir Sie in der »**Jährlichen Mitteilung**.

V. Beteiligung an Bewertungsreserven

- (1) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie an den »**Bewertungsreserven**.
- (2) Teile der Kapitalanlage weisen wir in der Bilanz unseres Jahresabschlusses möglicherweise mit einem geringeren Wert als dem tatsächlichen Marktwert aus. Der Grund dafür sind gesetzliche Vorschriften. Die positive Differenz zwischen dem tatsächlichen Marktwert und dem Wert in der Bilanz bezeichnen wir als »**Bewertungsreserve**. »**Bewertungsreserven** verändern sich im Laufe der Zeit.
- (3) Während der Ansparphase, also vor Beginn der Rentenzahlung, beteiligen wir Sie an den »**Bewertungsreserven**. Die Beteiligung an den »**Bewertungsreserven** weisen wir Ihrem Vertrag im Rahmen der monatlichen »**Überschusszuteilung** zu. Wir berücksichtigen sie bei der Festlegung der Überschussätze. Nähere Informationen und Festlegungen zum Verfahren finden Sie in der »**Überschussdeklaration**.
- (4) Wir beteiligen Sie auch an den »**Bewertungsreserven**, wenn Sie
 - aus diesem Vertrag eine Altersrente erhalten,
 - Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben und der Vertrag wegen Berufsunfähigkeit beitragsfrei ist,
 - Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben und Sie hieraus eine Rente wegen Berufsunfähigkeit erhalten.

Die Beteiligung an den »**Bewertungsreserven** weisen wir Ihrem Vertrag im Rahmen der jährlichen »**Überschusszuteilung** zu. Wir berücksichtigen die aktuelle Situation der »**Bewertungsreserven** bei der Festlegung der Überschussanteilsätze für Verträge, die Leistungen erhalten. Einzelheiten zum Verfahren finden Sie in der »**Überschussdeklaration**.

- (5) Während Sie eine Altersrente erhalten, bilden wir aus der Beteiligung an den »**Bewertungsreserven** eine zusätzliche Rente. Es gelten dabei die gleichen Regeln wie für eine »**Bonusrente**.
- (6) Wenn Sie eine Beteiligung an den »**Bewertungsreserven** aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit erhalten, verwenden wir diese wie in Abschnitt III. Absatz 2 und 3 beschrieben.
- (7) Versicherungsunternehmen müssen gesetzliche Regeln zur Ausstattung mit Kapital berücksichtigen. Bei der Beteiligung an den »**Bewertungsreserven** berücksichtigen wir diese Regeln.

Wertpapieranlage

§ 12 Ihre Wertpapierauswahl

I. Wertpapieranlage

- (1) Vor Rentenbeginn schichten wir Ihr Vertragsguthaben zwischen konventionellem Guthaben und bis zu zwei »**Wertpapieren**« um (siehe § 1). Wir investieren dabei zum »**Rücknahmekurs**« in die gewählten »**Wertpapiere**«. Das bedeutet, dass wir keinen »**Ausgabeaufschlag**« erheben.
- (2) Wenn Sie in zwei »**Wertpapiere**« investieren, muss in jedes der beiden die Hälfte der Investition fließen.
- (3) Die Erträge Ihrer »**Wertpapiere**« erhöhen deren Wert.
- (4) Weitere Informationen zur Wertpapieranlage finden Sie in Ihren Investmentinformationen.
- (5) Die Wertpapieranteile führen wir als Sondervermögen. Das bedeutet: Wir trennen sie rechtlich von unserem übrigen Vermögen.

II. Wertpapierwechsel

- (1) Sie können zu jedem Monatsersten in »**Textform**« einen kostenlosen Wertpapierwechsel beantragen. Dabei schichten wir Ihr bisheriges Wertpapiervermögen in Anteile anderer »**Wertpapiere**« um. Das können Anteile eines oder mehrerer »**Wertpapiere**« sein, die Sie mit Ihrem Vertrag wählen können. Ihre künftige Anlage erfolgt danach in die neu gewählten »**Wertpapiere**«. Ihr Antrag auf einen Wertpapierwechsel muss uns bis zwölf Uhr am Mittag des vorletzten »**Börsentags**« des Monats vor dem »**Wirksamkeitstermin**« des Wertpapierwechsels zugegangen sein. Den »**Bewertungsstichtag**« für Ihre Anteile finden Sie in § 14. Bitte beachten Sie, dass wir Ihr Vertragsguthaben monatlich neu aufteilen (siehe § 1). Dies geschieht, um die Garantie sicherzustellen. Es gibt keine Obergrenze für die Anzahl der kostenlosen Wertpapierwechsel.
- (2) Bitte beachten Sie auch die Besonderheiten in Abschnitt III.

III. Besonderheiten bezüglich des Investments

Externe »Kapitalverwaltungsgesellschaften« / »Emittenten« führen und verwalten die »Wertpapiere«, in die Sie mit Ihrer fondsgebundenen Versicherung investieren. Wir können daher nicht beeinflussen, ob

- die »**Wertpapiere**« über die gesamte Laufzeit des Vertrags bestehen bleiben,
- die »**Wertpapiere**« ihre Anlagestrategie behalten und
- Ver- oder Ankäufe zugelassen sind.

Deshalb bewahren wir uns einen gewissen Handlungsspielraum, über den wir Sie in den nachfolgenden Absätzen informieren.

- (1) Wir können ein »**Wertpapier**«, in das Sie investieren, aus dem Angebot streichen. Das gilt, wenn bei dem »**Wertpapier**« erhebliche Änderungen eingetreten sind, die ein weiteres Investment unmöglich machen. Voraussetzung ist, dass wir diese Änderungen nicht beeinflussen können. Solche Änderungen können sein:
 - Die von uns beauftragte »**Kapitalverwaltungsgesellschaft**« / der »**Emittent**« verliert ihre / seine Zulassung für den Vertrieb.
 - Die »**Kapitalverwaltungsgesellschaft**« / der »**Emittent**« stellt den Vertrieb ein oder verletzt ihre / seine vertraglichen Pflichten derart gravierend, dass wir zur Kündigung der Zusammenarbeit aus wichtigem Grund berechtigt sind.

Ein unabhängiger Treuhänder oder eine andere unabhängige Stelle muss prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Streichung gegeben sind und der Streichung zustimmen.

In diesem Fall werden wir Sie über die Streichung in »**Textform**« informieren. Wir werden Ihnen einen kostenlosen Wechsel in ein anderes »**Wertpapier**« aus unserem dann aktuellen Angebot vorschlagen. Alternativ können Sie auch einen Wechsel in ein anderes »**Wertpapier**« aus unserem dann aktuellen Angebot beantragen. Ein solcher Wertpapierwechsel ist für Sie kostenlos. Der Antrag muss uns innerhalb von vier Wochen, nachdem Sie unser Informationsschreiben erhalten haben, zugegangen sein. Ist innerhalb dieser Frist kein Wechselantrag von Ihnen eingegangen, werden wir den Wertpapierwechsel nach unserem Vorschlag durchführen. Den Wertpapierwechsel führen wir wie in Ab-

schnitt II. Absatz 1 beschrieben durch. Wenn Sie innerhalb der Frist ein anderes »Wertpapier« bestimmt haben, erfolgt die Umschichtung stattdessen in dieses »Wertpapier«.

- (2) Wir können die Wertpapierauswahl für den Wertpapierwechsel während der gesamten Laufzeit des Vertrags ändern oder erweitern. Davon betroffen sind keine »Wertpapiere«, in die Sie investieren. Haben Sie Fragen zur jeweils aktuellen Wertpapierauswahl? Wir beantworten sie gerne.
- (3) Die »Kapitalverwaltungsgesellschaft« / der »Emittent« kann ein von Ihnen gewähltes »Wertpapier«
 - schließen,
 - kündigen,
 - auflösen oder
 - den Ankauf von Anteilen einstellen oder einschränken.

In diesen Fällen werden wir Sie informieren. Wir werden Ihnen einen kostenlosen Wertpapierwechsel in ein »Wertpapier« vorschlagen, das Ihrem bisherigen Anlageprofil entspricht.

Sie können dann auch einen Antrag stellen, in ein anderes zur Verfügung stehendes »Wertpapier« zu wechseln. Dafür haben Sie vier Wochen Zeit. Wenn Sie nichts anderes beantragen, werden wir den Wertpapierwechsel nach unserem Vorschlag durchführen.

Auch wenn diese Frist abgelaufen ist, können Sie einen kostenlosen Wertpapierwechsel vornehmen. Mehr dazu finden Sie in Abschnitt II.

- (4) Es kann vorkommen, dass eine »Kapitalverwaltungsgesellschaft« / ein »Emittent« die Rücknahme von Wertpapieranteilen einstellt oder einschränkt. Infolgedessen können wir die Anteile des betreffenden »Wertpapiers« nicht an die »Kapitalverwaltungsgesellschaft« / den »Emittenten« zurückgeben. Dies gilt ungeachtet dessen, dass die »Kapitalverwaltungsgesellschaft« / der »Emittent« durch gesetzliche Vorschriften weiterhin verpflichtet ist, einen täglichen Rücknahmepreis zu veröffentlichen. Soweit wir den Rücknahmepreis wegen Einstellung oder Einschränkung der Rücknahme durch die »Kapitalverwaltungsgesellschaft« / den »Emittenten« nicht erzielen können, wird die Versicherungsleistung nicht fällig. Daher zahlen wir in diesem Fall die Leistung auch nicht in einer Summe aus. Wir können nur den Wert derjenigen anderen Anteile feststellen und auszahlen, die von der Einstellung oder Einschränkung nicht betroffen sind. Denn nur diese können wir planmäßig durch Rückgabe an die »Kapitalverwaltungsgesellschaft« / den »Emittenten« in eine Geldsumme umwandeln.

Wenn die Rücknahme von Wertpapieranteilen nicht möglich oder eingeschränkt ist, gelten noch weitere Besonderheiten. So dürfen wir in dieser Zeit Wertpapierwechsel (siehe Abschnitt II.) ablehnen.

Alle beschriebenen Einschränkungen gelten nicht, wenn

- wir dafür verantwortlich sind, dass die Rücknahme eingestellt oder eingeschränkt wurde, oder
- wir gesetzlich zu einer sofortigen Leistung verpflichtet sind.

Ist Ihr Vertrag von solchen Einschränkungen betroffen, werden wir Sie so schnell wie möglich in »Textform« informieren. Gleichzeitig werden wir Ihnen Ihre Handlungsmöglichkeiten darstellen.

Wenn die »Kapitalverwaltungsgesellschaft« / der »Emittent« Anteile wieder zurücknimmt, werden wir die verbleibenden Wertpapieranteile so schnell wie möglich verkaufen und Sie darüber informieren. Dabei werden wir die Interessen aller unserer Versicherungsnehmer wahren. Informieren werden wir Sie auch dann, wenn die Anteile nicht mehr zurückgenommen werden. Gründe dafür können sein, dass das »Wertpapier« und/oder die »Kapitalverwaltungsgesellschaft« / der »Emittent« abgewickelt werden. Ist dies der Fall, werden wir Sie insbesondere auch über die Beteiligung Ihres Vertrages an Ausschüttungen während der Abwicklung informieren.

Nachdem wir die Anteile an die »Kapitalverwaltungsgesellschaft« / den »Emittenten« zurückgegeben haben, werden wir die daraus entstehenden Teile der Leistungen ermitteln. Dies erfolgt nach allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dann werden wir die ermittelten Leistungen auszahlen.

Bitte beachten Sie: Die »Bewertungsstichtage« in § 14 gelten in einem solchen Fall nicht mehr.

- (5) Meistens besteht für die Garantien innerhalb der »Wertpapiere« beispielsweise eine Garantie- oder Patronatserklärung einer externen Institution. Diese Erklärungen bestehen zu Ihrer und unserer Sicherheit. Wenn die Erklärungen gekündigt werden, dürfen wir dieses »Wertpapier« aus dem Bestand nehmen. In diesem Fall schlagen wir Ihnen eine Alternative vor.

**§ 13
Ablaufcheck - Ablaufmanagement**

Ein Ablaufmanagement ist in diesem Tarif nicht möglich.

**§ 14
Bewertung der Wertpapieranteile**

- (1) Das Wertpapiervermögen ist der Wert Ihrer Wertpapieranteile in Euro. Es wird je »Wertpapier« berechnet und ergibt sich aus der Anzahl der Wertpapieranteile multipliziert mit dem »Rücknahmekurs« am »Bewertungstichtag.
- (2) Als »Bewertungstichtag« gilt:
 - **für die Beiträge**
der »Börsentag« vor dem Tag, an dem Ihr Beitrag fällig ist. Wenn wir den Beitrag später erhalten, können wir den »Rücknahmekurs« am letzten »Börsentag« des Monats verwenden, in dem wir den Beitrag erhalten. Dies gilt nur, wenn Sie den verzögerten Eingang des Beitrags verursacht haben. Handelt es sich dabei nicht um einen »Börsentag«, ist der folgende »Börsentag« der »Bewertungstichtag.
 - **für die Neuaufteilung zwischen konventionellem Guthaben und Wertpapieranlage**
der letzte »Börsentag« des Monats vor der Neuaufteilung.
 - **bei Rentenbeginn**
der letzte »Börsentag« des Monats unmittelbar vor dem Rentenbeginn.
 - **bei Leistung im Todesfall**
der Tag, an dem wir die Meldung des Todesfalls in »Textform« erhalten. Handelt es sich dabei nicht um einen »Börsentag«, ist der darauf folgende »Börsentag« der »Bewertungstichtag.
 - **bei Wertpapierwechsel**
der letzte »Börsentag« des Monats, in dem der Wertpapierwechsel beantragt wurde. Für die Anlage der folgenden Beiträge gelten die am Anfang dieses Absatzes beschriebenen »Bewertungstichtage«. Möchten Sie einen Antrag stellen? Dann senden Sie uns bitte ein Fax an die Nummer 0551/70157199.
 - **bei Zahlungsunterbrechung**
der letzte »Börsentag« vor »Inkrafttreten« der Zahlungsunterbrechung. An diesem Termin setzen wir das Mindestvertragsguthaben fest, das bei Zahlungsunterbrechung vorhanden sein muss.
 - **zur Bestimmung der »guthabenbezogenen Garantie«**
der letzte »Börsentag« des Monats November.
 - **bei Zuteilung von »Überschüssen auf das konventionelle Guthaben«**
der letzte »Börsentag« des Monats vor der Zuteilung der »Überschüsse«.
 - **bei Umwandlung der Überschussanteile in Wertpapieranteile in der leistungspflichtigen Zeit bei Berufsunfähigkeit**
der letzte »Börsentag« des Monats vor der Zuteilung der »Überschüsse«.

Kosten und Gebühren

**§ 15
Abschluss- und Vertriebskosten**

- (1) Wenn Sie den Vertrag abschließen und wenn sich Ihre Beiträge während der Laufzeit erhöhen entstehen »Kosten«. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten haben wir bereits pauschal bei der Kalkulation des Tarifs berücksichtigt. Wir stellen sie Ihnen deshalb nicht separat in Rechnung. § 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (Rech-VersV) regelt, welche »Kosten« dazu zählen. Dazu gehören beispielsweise
 - Provision für den Versicherungsvermittler,
 - Kosten für die Prüfung des Antrags,
 - Kosten für die Erstellung der Vertragsunterlagen,
 - Kosten für Werbung.

Ein Teil der Abschlusskosten fällt einmalig zu Beginn des Vertrags an. Die Höhe dieses Teils der Abschlusskosten können Sie dem in den Angebotsunterlagen enthaltenen Produktinformationsblatt entnehmen. Den restlichen Teil der Abschlusskosten verteilen wir über die Laufzeit des Vertrags.

(2) Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, wenden wir das Zillmerverfahren an. Das ist ein Verfahren zur Verrechnung der einmalig anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung. Das Zillmerverfahren bedeutet, dass Sie mit Ihren ersten Beiträgen diese einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten zahlen. Außerdem verwenden wir Ihre Beiträge für:

- Leistungen im Versicherungsfall,
- laufende »**Kosten** für den Abschluss und die Verwaltung des Vertrags in der jeweiligen Versicherungsperiode und
- die Bildung einer »**Deckungsrückstellung**.

Der Betrag, den Sie für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten mit Ihren ersten Beiträgen zahlen müssen, ist begrenzt: Nach der Deckungsrückstellungsverordnung zahlen Sie dafür maximal 2,5 % Ihrer gesamten Beiträge während der Laufzeit des Vertrags.

(3) Das Zillmerverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der ersten Zeit Ihres Vertrags nur ein geringes Vertragsguthaben vorhanden ist. Damit ist auch der Betrag niedrig, der zur Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung steht. Daher können Sie finanzielle Nachteile haben, wenn Sie den Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen. Mehr dazu finden Sie in § 17 und § 8. Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 16 Gebühren

In bestimmten Fällen entsteht ein zusätzlicher Aufwand für die Verwaltung. Wenn Sie diesen Aufwand veranlasst haben, zahlen Sie eine pauschale »**Gebühr**. Beispielsweise wenn

- wir Ihnen eine Ersatzurkunde für die »**Police** ausstellen,
- Sie Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine schriftliche Mahnung schicken,
- wir die Beiträge nicht von Ihrem Konto einziehen können, obwohl Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen (Rückläufer im Lastschriftverfahren),
- Sie Änderungen am Vertrag vornehmen lassen, beispielsweise eine Zahlungsunterbrechung (siehe § 8 Absatz 1) oder eine Beitragsreduktion (siehe § 8 Absatz 2),
- wir Abtretungen, Verpfändungen und Pfändungen bearbeiten.

Die Höhe der »**Gebühr** entspricht dem Aufwand, der in solchen Fällen durchschnittlich entsteht. Bei der Berechnung der einzelnen »**Gebühren** sind wir generell von den folgenden Annahmen ausgegangen: Zunächst haben wir den Kostensatz derjenigen Mitarbeiter zugrunde gelegt, die die jeweiligen Geschäftsvorfälle bearbeiten. Zudem hängt die Höhe der »**Gebühr** von weiteren Sachkosten ab. Gemeint sind diejenigen Sachkosten, die bei der Bearbeitung der jeweiligen Geschäftsvorfälle üblicherweise bei uns anfallen. Wenn Sie die konkreten Annahmen für die Höhe einer »**Gebühr**, die wir Ihnen in Rechnung gestellt haben, wissen möchten, informieren wir Sie auf Nachfrage darüber.

Wir entnehmen die »**Gebühr** Ihrem Vertragsguthaben. Die Höhe der »**Gebühr** finden Sie im Gebührenkatalog. Den zu Vertragsbeginn gültigen Gebührenkatalog erhalten Sie mit Ihren Angebotsunterlagen.

Wir sind berechtigt, die Höhe der »**Gebühren** entsprechend anzupassen, wenn sich die durch den jeweiligen Geschäftsvorfall entstehenden durchschnittlichen Kosten um mindestens 10% erhöhen. Vermindern sich die durchschnittlichen Kosten um mindestens 10%, sind wir zu einer entsprechenden Absenkung der »**Gebühren** verpflichtet. Den jeweils aktuellen Gebührenkatalog senden wir Ihnen auf Anfrage gerne zu.

Wenn Sie uns nachweisen, dass

- unsere pauschalen Annahmen, die wir Ihnen auf Nachfrage zur Verfügung stellen, in Ihrem Fall nicht zutreffen, oder
- die mit der »**Gebühr** abgegoltenen Kosten geringer sind,

kann die »**Gebühr** entsprechend entfallen oder sinken.

Kündigung

§ 17 Kündigung

- (1) Sie können den Vertrag vor Rentenbeginn jederzeit zum nächsten Monatsersten kündigen.
- (2) In diesem Fall stellen wir Ihren Vertrag bis zum planmäßigen Rentenbeginn beitragsfrei (siehe § 8).
- (3) Bei einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

- (4) Wenn Sie kündigen, können Sie finanzielle Nachteile haben. Wir verrechnen die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten nach Maßgabe des § 169 Absatz 3, 4 VVG gleichmäßig über die ersten fünf Jahre. Wenn die Dauer bis zum planmäßigen Rentenbeginn kürzer ist als fünf Jahre, verteilen wir die einmaligen Abschlusskosten über diesen kürzeren Zeitraum. Deshalb ist zuerst nur ein geringes Vertragsguthaben vorhanden. Mehr dazu finden Sie in § 15 Absatz 2.

§ 18
Teilauszahlung

Teilauszahlungen sind in diesem Tarif nicht möglich.

§ 19
Policendarlehen

Policendarlehen sind in diesem Tarif nicht möglich.

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten, Mitwirkungspflichten

§ 20
Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Sie müssen daher die vorvertragliche Anzeigepflicht erfüllen. Dies bedeutet, dass Sie alle unsere in »**Textform**« gestellten Fragen vor Abschluss oder Änderung des Vertrags richtig und vollständig beantworten. Dies gilt auch, wenn unser Vermittler Ihnen die Fragen stellt.

Besonders wichtig ist das bei Fragen zu

- Erkrankungen,
- gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.

Wir beschreiben Ihnen im Folgenden die möglichen Konsequenzen, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen. Die gesetzlichen Regeln zur Anzeigepflicht finden Sie in § 19 Versicherungsvertragsgesetz (»**VVG**«).

- (2) Wenn wir das Leben einer anderen Person versichern, beziehen sich unsere Fragen auch auf diese Person. Auch dann sind Sie für die richtige und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Die Antworten der versicherten Person werden Ihnen in diesem Fall zugerechnet.

II. Rücktritt

- (1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. Wir können den Vertrag dann aber eventuell kündigen (siehe Abschnitt III).

Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzen, gilt: Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV).

- (2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wir müssen aber ausnahmsweise doch leisten, wenn wir erst nach dem Eintritt eines »**Leistungsfalls**« vom Vertrag zurückgetreten sind. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie nachweisen, dass

- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für den Eintritt oder die Feststellung des »**Leistungsfalls**« waren oder
- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht waren.

Wenn Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig verletzt haben, müssen wir nicht leisten.

- (3) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, zahlen wir den Rückkaufwert nach § 169 VVG abzüglich des bei Kündigung oder Beitragsfreistellung fällig werdenden Abzugs (siehe § 8 Absatz 3). Sie haben keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

III. Kündigung

- (1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, dabei aber nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig handeln, können wir den Vertrag kündigen. Dabei müssen wir eine Kündigungsfrist von einem Monat einhalten.

Wir können den Vertrag nicht kündigen, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV).

- (2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei.
- (3) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben, aber dies nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung.

IV. Vertragsanpassung

- (1) Wenn
 - Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt haben und
 - wir bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände den Vertrag zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätten,

gilt: Diese anderen Bedingungen werden auf unseren Wunsch rückwirkend Bestandteil des Vertrags.

Wenn Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Anpassung des Vertrags.

- (2) In folgenden Fällen können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen, nachdem Sie eine Mitteilung von uns erhalten haben:
 - Der Beitrag erhöht sich durch die Anpassung des Vertrags um mehr als 10 % oder
 - wir versichern den nicht oder falsch angezeigten Umstand nicht.

Mehr zum Thema Kündigung finden Sie in § 17.

V. Ausübung unserer Rechte

- (1) Unsere vorgenannten Rechte können wir nur in den ersten fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Wenn vor Ablauf der ersten fünf Jahre ein »**Leistungsfall**« eintritt, gilt: Wir können die Rechte noch nach Ablauf dieser Frist geltend machen. Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzen, beträgt die Frist zehn Jahre.
- (2) Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich ausüben. Die Frist beginnt, wenn wir erfahren haben, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben.
- (3) Die Fristen gelten erneut, wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung die Versicherung wiederherstellen. Das gilt auch für jede Änderung, die unsere Leistung erweitert, wenn wir dafür eine erneute »**Gesundheitsprüfung**« verlangen.

VI. Anfechtung

Unabhängig von unseren vorgenannten Rechten haben wir das Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten.

VII. Erklärungsempfänger

Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung Ihnen gegenüber aus.

Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben, gilt: Im Falle Ihres Todes können wir die Erklärung einem Bezugsberechtigten gegenüber abgeben. Wenn kein Bezugsberechtigter vorhanden ist, können wir die Erklärung dem Inhaber der »**Police**« gegenüber abgeben. Dies gilt auch, wenn wir den Aufenthalt des Bezugsberechtigten nicht feststellen können.

**§ 21
Nachweise im Leistungsfall**

I. Im Rentenfall

- (1) Bei Rentenbeginn schicken Sie uns bitte Ihre »Police.
- (2) Wir können vor jeder Rentenzahlung ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Die Kosten dafür zahlen wir.
- (3) Wenn Sie Rentenzahlungen zu Unrecht erhalten haben, müssen Sie diese an uns zurückzahlen.

II. Im Todesfall

- (1) Bitte teilen Sie uns den Tod der versicherten Person so schnell wie möglich mit.
- (2) Außerdem müssen Sie uns folgende Unterlagen schicken:
 - die »Police und
 - eine amtliche Sterbeurkunde mit Angaben zu Alter und Geburtsort.
- (3) Um unsere Leistungspflicht zu klären, können wir weitere notwendige Nachweise verlangen oder erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die Kosten für die Nachweise zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht. Wir zahlen die Kosten, wenn die Nachweise dazu dienen, eine Einschränkung unserer Leistung zu prüfen.

III. Bei Berufsunfähigkeit

- (1) Wenn Sie den Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, müssen Sie uns den Eintritt der Berufsunfähigkeit in »Textform melden. Bitte schicken Sie uns darüber hinaus folgende Unterlagen:
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
 - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person momentan behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein. Diese Berichte müssen auch den Grad der Berufsunfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit umfassen,
 - Unterlagen über den Beruf der versicherten Person und ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Unterlagen müssen auch die eingetretenen Veränderungen umfassen,
 - bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit schicken Sie uns zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.
- (2) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht.
- (3) Die ärztlichen Nachweise und Bescheinigungen zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit (siehe Absatz 1) muss ein in der EU niedergelassener Arzt erstellen. Die Nachweise müssen in deutscher Sprache geschrieben sein, oder Sie müssen den Nachweisen eine Übersetzung ins Deutsche beifügen. Diese Übersetzung muss ein vor Gericht zugelassener Übersetzer erstellt haben.
Wenn wir eine Anreise der versicherten Person aus dem Ausland für erforderlich halten, übernehmen wir die Anreise- und Aufenthaltskosten. Diese Kosten müssen mit uns abgestimmt sein. Wir werden im Einzelfall prüfen, ob wir von den genannten Anforderungen abweichen und beispielsweise auf eine Anreise verzichten können. Wir werden insbesondere auf die Anreise verzichten, wenn die versicherte Person nicht transportfähig ist.
- (4) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch Ärzte verlangen, die wir beauftragen. Wir können auch notwendige Nachweise anfordern, etwa über die wirtschaftlichen Verhältnisse und wie diese sich verändert haben. Dazu gehören besonders auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die Kosten dafür zahlen wir. Wenn eine ärztliche Begutachtung der versicherten Person notwendig ist, gilt: Wir können verlangen, dass die erforderlichen Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt in einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Die Kosten für die Untersuchung und die üblichen Kosten für Reise und Übernachtung zahlen wir.
- (5) Bei der Prüfung eines Antrags auf Leistung benötigen wir regelmäßig Auskünfte anderer Personen oder Institutionen. Das können sein:
 - Ärzte,
 - Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten oder
 - Alten- und Pflegeheime,

bei denen die versicherte Person in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird. Außerdem

- Pflegepersonen,
- andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Wir können verlangen, dass die versicherte Person diese Personen und Institutionen ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Die versicherte Person kann diese Ermächtigung auch bei Vertragsabschluss erteilen. In diesem Fall werden wir sie informieren, bevor wir eine solche Auskunft einholen. Die versicherte Person kann der Einholung der Auskunft widersprechen. Außerdem kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass wir für jede einzelne Auskunft ihre Einwilligung einholen. Durch das Einholen der einzelnen Einwilligungen kann ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Antrags auf Leistung entstehen. In diesem Fall können wir von Ihnen verlangen, uns die damit verbundenen Kosten zu zahlen. Wenn uns die versicherte Person die genannte Ermächtigung oder Einwilligung im Einzelfall nicht erteilt, ist dies eine Verletzung einer Mitwirkungspflicht.

- (6) Grundsätzlich muss die versicherte Person ärztliche Anordnungen nicht befolgen, um Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zu erhalten.

Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zur Verringerung des Schadens beizutragen. Dies bedeutet: Sie muss sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen unterziehen, die die Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit verbessern oder wiederherstellen. Dies gilt für Maßnahmen, die die Berufsunfähigkeit mindern. Zumutbar sind Untersuchungen und Behandlungen,

- bei denen ein Arzt einen Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen kann,
- mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und
- die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Immer zumutbar sind damit

- Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung (zum Beispiel Blutkontrollen, Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Behandlung von Allergien) und
- die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (zum Beispiel Prothesen, Seh- oder Hörhilfen, Stützstrümpfe) sowie
- logopädische Maßnahmen.

Nicht unter diese Pflicht fallen Operationen. Ebenfalls nicht darunter fallen spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen mit regelmäßig unangemessen hohen Nebenwirkungen. Wenn die versicherte Person derartiger Maßnahmen ablehnt, beeinflusst dies unsere Leistungspflicht nicht.

- (7) Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistung beansprucht eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dann stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu.

Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, leisten wir ab Beginn des dann laufenden Monats. Dies gilt, wenn sonst alle Voraussetzungen für die Leistung erfüllt sind. Wir dürfen nur dann vollständig oder teilweise nicht leisten, wenn wir Sie über die Konsequenzen informiert haben.

- (8) Wir verpflichten uns, innerhalb von drei Wochen nachdem wir die Unterlagen bekommen haben,

- Sie über unsere Entscheidung zu unserer Leistungspflicht zu informieren oder
- weitere Unterlagen zum Prüfen von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte einleiten werden (zum Beispiel, wenn wir ein neutrales Gutachten einholen).

Solange wir Sie nicht über unsere Leistungspflicht informiert haben, teilen wir Ihnen mindestens alle vier Wochen den aktuellen Stand mit.

Wir erkennen Leistungen zeitlich unbefristet an. Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit mit uns vereinbart haben, erkennen wir befristete Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nur in begründeten Einzelfällen an. Dies ist dann nur einmalig für maximal zwölf Monate möglich. Wenn wir eine Leistung befristet anerkennen, zahlen wir sie für den anerkannten Zeitraum auf jeden Fall. Wir werden in diesem Zeitraum auch keine Nachprüfung durchführen. Wenn die Frist abgelaufen ist, werden wir über

unsere Leistungspflicht neu entscheiden.

- (9) Auch nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt haben, gilt: Wir dürfen im weiteren Verlauf den Grad der Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person erneut prüfen.

Wenn die versicherte Person eine neue berufliche Tätigkeit ausübt, fällt die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit weg. Dies gilt nur, wenn die neue berufliche Tätigkeit der Ausbildung, den Fähigkeiten und der früheren Lebensstellung der versicherten Person entspricht. Dabei berücksichtigen wir auch neu erworbene berufliche Fähigkeiten sowie neue Ausbildungen.

- (10) Um unsere Leistungspflicht zu prüfen können wir

- jederzeit sachdienliche Auskünfte und
- einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Person

verlangen. Die ärztlichen Untersuchungen werden durch Ärzte durchgeführt, die wir beauftragen. Die Kosten für die Auskünfte oder Untersuchungen zahlen wir. Beachten Sie bitte auch Absatz 4.

- (11) Sie müssen uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn

- sich die Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit vermindert oder
- die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt oder ändert.

IV. Bei Pflegebedürftigkeit

- (1) Wenn Sie die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit eingeschlossen und ausgeübt haben, gilt: Sie müssen Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) benachrichtigen, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird.

- (2) Bei Pflegebedürftigkeit schicken Sie uns bitte diese Unterlagen:

- eine Darstellung der Ursache der Pflegebedürftigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein,
- eine Erklärung, dass aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf ein Ende der Pflegebedürftigkeit besteht,
- sofern vorhanden, eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege beauftragt ist. Die Bescheinigung muss Art und Umfang der Pflege beinhalten.

- (3) Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

V. Weitere Nachweise

Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch Ärzte verlangen, die wir beauftragen. Wir können auch notwendige Nachweise anfordern, etwa über die wirtschaftlichen Verhältnisse und wie diese sich verändert haben. Dazu gehören besonders auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die Kosten dafür zahlen wir. Wenn eine ärztliche Begutachtung der versicherten Person notwendig ist, gilt: Wir können verlangen, dass die erforderlichen Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt in einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Dies gilt besonders, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält. Die Kosten für die Untersuchung und die üblichen Kosten für Reise und Übernachtung zahlen wir.

§ 22 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)

- (1) Sie sind verpflichtet, uns alle Informationen, die wir für die ordnungsgemäße Vertragsdurchführung, insbesondere zur Erfüllung von gesetzlichen Identifizierungs-, Melde- und Abzugspflichten benötigen, sowie diesbezügliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Bitte teilen Sie uns insbesondere Ihren Umzug oder eine Änderung Ihres Namens wenn möglich zwei Wochen vorher mit.
- (3) Falls Sie oder weitere Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag oder der Leistung aus Ihrem Vertrag haben, in einem anderen Staat oder mehreren anderen Staaten als der Bundesrepublik Deutschland steuerlich ansässig sind, müssen Sie uns dies bei Vertragsabschluss mitteilen. Auch wenn eine steuerliche Ansässigkeit im Ausland nach Vertragsabschluss entsteht oder wegfällt, müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren. In diesem Zusammenhang sind auch Informationen über

Steueridentifikationsnummer(n), Geburtsdatum und Geburtsort sowie Wohnsitz erforderlich. Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten oder Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, melden wir bei entsprechender gesetzlicher Verpflichtung Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

- (4) Bitte senden Sie uns auch so früh wie möglich alle anderen Mitteilungen zu Ihrem Vertrag in »**Textform**«. Diese Mitteilungen können beispielsweise Anträge, Ihren Vertrag zu ändern oder Kündigungen sein.
- (5) Bitte beachten Sie in Ihrem Interesse: Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb Deutschlands aufhalten, nennen Sie uns bitte einen Zustellungsbevollmächtigten. Dies ist eine in Deutschland ansässige Person, die unsere Mitteilungen für Sie entgegennehmen darf.

Sonstige Regelungen

§ 23 Leistungsempfänger

- (1) Die Leistung erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner. Falls Sie eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt haben, leisten wir an diese Person.
- (2) Wir leisten gegen Vorlage der »**Police**«. Wir werden aber nicht an den Inhaber der »**Police**« leisten, wenn wir an seiner Berechtigung zweifeln.

§ 24 Bezugsberechtigung

- (1) Sie können eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt benennen.
- (2) Bis der Versicherungsfall eintritt, können Sie das Bezugsrecht auch widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.
- (3) Sie können auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass Sie das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen können. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, können Sie das Bezugsrecht nur noch ändern, wenn die von Ihnen begünstigte Person zustimmt.
- (4) Bitte informieren Sie uns in »**Textform**«, wenn Sie ein Bezugsrecht einräumen oder widerrufen. Nur dann sind Ihre Änderungen wirksam.

§ 25 Abtretung - Verpfändung

- (1) Sofern die Versorgungszusage oder der Leistungsplan der Unterstützungskasse nichts anders vorsieht, können Sie die Ansprüche aus dem Vertrag gegen eine »**Gebühr**« abtreten oder verpfänden. Bitte informieren Sie uns in »**Textform**« über Ihre Änderungen. Nur dann sind sie wirksam.
- (2) Ansprüche auf eine Berufsunfähigkeitsrente können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

§ 26 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

- (1) Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.
- (2) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Es können auch die Gerichte am Sitz der Niederlassung zuständig sein, die für den Vertrag verantwortlich ist. Eine »**natürliche Person**« kann auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren Wohnsitz hat. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.
- (3) Es ist möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben.
- (4) Wenn Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig. Dies gilt auch für einen Umzug nach Island, Norwegen oder in die Schweiz.
- (5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag richten sich nach »**VVG**« und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB). Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre.

Anhang I: Definition der Berufsunfähigkeit und der Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen

- (1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
- Die versicherte Person ist voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen nicht in der Lage, in Ihrem Beruf tätig zu sein. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.
 - Der Grund hierfür ist:
 - Krankheit,
 - Körperverletzung oder
 - mehr als altersentsprechender Kräfteverfall.Sie müssen den Grund für die vollständige Berufsunfähigkeit durch ärztliche Befunde belegen.
 - Die versicherte Person geht keiner anderen Tätigkeit nach, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung.

Um die Lebensstellung zu bewerten, betrachten wir das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt ausgeübten Berufs. Wir beurteilen, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzen wir die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für uns entscheidend. Im begründeten Einzelfall kann aber auch eine bereits heute unter 20 % liegende Verringerung des Einkommens unzumutbar in diesem Sinn sein.

- (2) Bei Ärzten und Zahnärzten sowie Studierenden der Medizin liegt eine vollständige Berufsunfähigkeit auch vor, wenn diese beiden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person darf wegen einer Infektionsgefahr keine Patienten behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot). Dafür muss eine Verfügung vorliegen, die auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruht.
 - Das vollständige Tätigkeitsverbot erstreckt sich auf mindestens sechs Monate.

Um ein vollständiges Tätigkeitsverbot nachzuweisen, müssen Sie uns das Original oder eine amtlich beglaubigte Kopie der Verfügung vorlegen. Die versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn:

- sie eine Tätigkeit tatsächlich ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung entspricht, und
- diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wenn wir Leistungen wegen des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbringen, endet die Leistungsverpflichtung in folgenden Fällen:

- Das vollständige Tätigkeitsverbot wird aufgehoben.
- Die Gründe für das vollständige Tätigkeitsverbot sind weggefallen und die versicherte Person kann ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit ausüben. Die versicherte Person muss die andere Tätigkeit dabei aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben können. Sie muss auch der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person im Sinne von Absatz 1 entsprechen.

Die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe dafür müssen uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Hierbei gelten die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit. Mehr dazu finden Sie in § 21 Abschnitt III.

- (3) Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber gelten besondere Regeln. Für sie liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person durch wirtschaftlich zumutbare Umorganisation eine Berufsunfähigkeit vermeiden kann. Das bedeutet, dass die versicherte Person nach der Umorganisation so weiter tätig sein könnte, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen vorliegt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich sinnvoll ist. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen die Umorganisation auch durchführen können. Die bisherige Lebensstellung des Selbstständigen oder Betriebsinhabers muss dabei nach Absatz 1 bestehen bleiben. Dies gilt ebenso für Gesellschafter-Geschäftsführer.
- (4) Um bei Vollzeit-Studierenden eine Berufsunfähigkeit während des Studiums zu beurteilen, werden die mit dem Studium möglichen Berufe zu Grunde gelegt. Das Mindestanforderungsprofil dieser Berufe wird ersatzweise als ausgeübter Beruf betrachtet. Um bei Auszubildenden eine Berufsunfähigkeit während der Ausbildung zu beurteilen, ziehen wir

das der Ausbildung entsprechende Berufsbild als Beruf heran.

Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne allein nach Absatz 1.

Die Tätigkeiten von Schülern, Hausfrauen oder Hausmännern sehen wir als Beruf an. Nimmt die versicherte Person später eine Berufstätigkeit auf, ist nach Absatz 1 von diesem Zeitpunkt an der ausgeübte Beruf versichert.

- (5) Auch Personen, die zu Vertragsbeginn Schüler sind, können gegen Berufsunfähigkeit versichert werden. In diesem Fall können Sie die berufliche Tätigkeit einmalig umstufen lassen, wenn die versicherte Person erstmalig einen Beruf, eine Ausbildung oder ein Studium aufnimmt. Dies ist nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Beginn der Versicherung und innerhalb von sechs Monaten nach der Aufnahme des Berufs, der Ausbildung oder des Studiums möglich. Die berufliche Tätigkeit ist dann der Beruf oder der sich aus der Ausbildung oder dem Studium ergebende Beruf. Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Umstellung in »**Textform** mitteilen.

Die Umstufung des Berufs hat eine Vertragsanpassung und Neuberechnung der benötigten Beiträge für den Schutz bei Berufsunfähigkeit zur Folge.

Wenn sich die »**Versicherungs-** und »**Leistungsdauer** bei der Umstufung nicht ändert, benötigen wir keine erneute »**Gesundheitsprüfung**. Verlängert sich die »**Versicherungs-** oder »**Leistungsdauer**, so stufen wir den Beruf neu ein und verlangen eine erneute »**Gesundheitsprüfung**.

In jedem Fall bleiben bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge sowie die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bei der Umstufung unverändert bestehen.

Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person als Bundesfreiwilligendienstleistender, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfer im freiwilligen ökologischen Jahr versichert wurde.

- (6) Es kann auch eine teilweise Berufsunfähigkeit vorliegen. Liegen die genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad (zum Beispiel 50 %) vor, sprechen wir von einer teilweisen Berufsunfähigkeit.

- (7) Eine versicherte Person gilt auch als berufsunfähig, wenn

- sie sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, beruflich tätig zu sein,
- der Zustand weiterhin andauert,
- die Berufsunfähigkeit durch Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall verursacht wurde und
- Sie die Ursache durch ärztliche Befunde nachweisen.

In diesem Fall gilt die versicherte Person ab Beginn dieses Zustandes als berufsunfähig. Die Berufsunfähigkeit kann vollständig oder teilweise vorliegen. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf der versicherten Person, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. In einem solchen Fall erbringen wir unsere Leistung rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Bei verspäteter Meldung leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Dabei gelten alle oben aufgeführten Punkte zur vollständigen und teilweisen Berufsunfähigkeit.

- (8) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, gelten besondere Regeln. In diesen Fällen gilt als versichert:

- die zuletzt vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte Tätigkeit und
- die bei Ausscheiden erreichte Lebensstellung nach Absatz 1.

- (9) Innerhalb der Elternzeit ist die Tätigkeit versichert, die die versicherte Person vor Beginn der Elternzeit konkret ausgeübt hat. Dies gilt auch bei mehreren Elternzeiten hintereinander ohne Unterbrechung.

- (10) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im nachfolgend beschriebenen Sinne ist. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person benötigt für mindestens zwei der in Absatz 11 beschriebenen sechs Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person.
- Die versicherte Person benötigt die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. Der notwendige Hilfebedarf ist weiter unten in Einzelheiten beschrieben.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
- Dieser Zustand wird voraussichtlich länger als sechs Monate andauern.

Sie müssen den Grund für die Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

(11) Bei den sechs Tätigkeiten handelt es sich um:

- **Fortbewegen im Zimmer**
Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich
 - an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort
 - auf ebener Oberfläche
 - von Zimmer zu Zimmerfortzubewegen.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel das Fortbewegen ermöglicht.
- **Aufstehen und Zubettgehen**
Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person nicht alleine das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel das Aufstehen und Zubettgehen ermöglicht.
- **An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel das An- und Auskleiden ermöglicht.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel das Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken ermöglicht.
- **Waschen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ausreichend alleine waschen kann. Sie muss sich so waschen können, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von Wannengriffen, einem Wannenslift oder anderer technischer Hilfsmittel das Waschen ermöglicht.
- **Verrichten der Notdurft**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Notdurft nicht alleine verrichten kann.
Mögliche Gründe sind:
 - Sie ist nicht in der Lage, sich nach dem Stuhlgang alleine zu säubern.
 - Sie kann ihre Notdurft nur in eine Bettschüssel verrichten.
 - Sie kann ihren Darm und/oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleeren.Es muss geprüft werden, ob die Inkontinenz des Darms und/oder der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Wenn Hilfsmittel verwendet werden können, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor. Diese Hilfsmittel können zum Beispiel sein:
 - Windeln,
 - spezielle Einlagen,
 - Katheder oder
 - Kolostomiebeutel.Die Einschränkung gilt nur, wenn die versicherte Person die Hilfsmittel alleine anwenden kann. Benötigt sie dabei die Hilfe einer anderen Person, gilt diese Einschränkung nicht.

(12) Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person unter schweren Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) leidet, die diese Bedingungen erfüllen:

- Die Ursache für die schweren Hirnleistungsstörungen ist ein Unfall oder eine Erkrankung.
- Als Folge der Hirnleistungsstörungen benötigt die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Tätigkeiten oder kontinuierliche Beaufsichtigung. Ohne Beaufsichtigung würde sie sich oder andere sonst erheblich gefährden.
- Die schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Ein Facharzt der Neurologie muss die Diagnose der schweren Demenz bestätigen. Hierzu ist eine

ausführliche Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und die Verwendung psychometrischer Tests notwendig. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) vorliegen. Es kann auch eine alternative, anerkannte Demenzbeurteilungsskala verwendet werden. Dann muss ein entsprechender Schweregrad festgestellt werden.

Wir können Wiederholungsuntersuchungen fordern, um die Diagnose zu bestätigen.

(13) Die versicherte Person gilt auch als berufsunfähig wegen Pflegebedürftigkeit, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist länger als sechs Monate so hilflos gewesen, dass sie für mindestens zwei der in Absatz 11 genannten sechs Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person benötigte.
- Sie benötigte die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang, auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
- Dieser Zustand dauert auch nach Ablauf des Zeitraums von sechs Monaten an.

Die versicherte Person gilt dann von Beginn der Pflegebedürftigkeit an als berufsunfähig wegen Pflegebedürftigkeit.

Anhang II: Definition der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeoption

Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeoption (1) Der Anspruch auf eine erhöhte Altersrente liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person benötigt für mindestens drei der in Absatz 2 beschriebenen sechs Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person.
- Die versicherte Person benötigt die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. Der notwendige Hilfebedarf ist weiter unten in Einzelheiten beschrieben.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
- Dieser Zustand wird voraussichtlich länger als sechs Monate andauern.

Sie müssen die Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

(2) Bei den sechs Tätigkeiten handelt es sich um:

- **Fortbewegen im Zimmer**
Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich
 - an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort
 - auf ebener Oberfläche
 - von Zimmer zu Zimmerfortzubewegen.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel das Fortbewegen ermöglicht.
- **Aufstehen und Zubettgehen**
Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person nicht alleine das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel das Aufstehen und Zubettgehen ermöglicht.
- **An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel das An- und Auskleiden ermöglicht.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel das Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken ermöglicht.
- **Waschen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ausreichend alleine waschen kann. Sie muss sich so waschen können, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
 - Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von Wannengriffen, einem Wannenslift oder anderer technischer Hilfsmittel das Waschen ermöglicht.
- **Verrichten der Notdurft**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Notdurft nicht alleine verrichten kann.
Mögliche Gründe sind:
 - Sie ist nicht in der Lage, sich nach dem Stuhlgang alleine zu säubern.
 - Sie kann ihre Notdurft nur in eine Bettschüssel verrichten.
 - Sie kann Ihren Darm und/oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleeren.Es muss geprüft werden, ob die Inkontinenz des Darms und/oder der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Wenn Hilfsmittel verwendet werden können, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor. Diese Hilfsmittel können zum Beispiel sein:
 - Windeln,
 - spezielle Einlagen,

- Katheder oder
- Kolostomiebeutel.

Die Einschränkung gilt nur, wenn die versicherte Person die Hilfsmittel alleine anwenden kann. Benötigt sie dabei die Hilfe einer anderen Person, gilt diese Einschränkung nicht.

- (3) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich dauerhaft in der Alltagskompetenz schwer eingeschränkt ist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
- Die geistigen Fähigkeiten der versicherten Person haben sich durch eine organische Krankheit wie die Alzheimer'sche Krankheit erheblich verschlechtert.
 - Die versicherte Person muss beaufsichtigt werden, um Gefährdungen zu vermeiden.
 - Die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz ist mit Standardtestverfahren nachzuweisen.
- (4) Eine Beaufsichtigung zur Vermeidung von Gefährdung bedeutet: Eine Person passt auf, dass die versicherte Person sich oder anderen Personen keinen Schaden zufügt. Gründe dafür können sein, dass die versicherte Person
- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt oder
 - gefährdende Situationen verkennt oder verursacht oder
 - unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
 - die Situation falsch einschätzt und sich unangemessen tätlich oder verbal aggressiv verhält.
- (5) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor bei mittelschweren oder schweren Hirnleistungsstörungen (Demenz, Definition siehe Absatz 6). Die Demenz muss durch einen Unfall oder eine Erkrankung verursacht worden sein. Als Folge des Unfalls oder der Erkrankung muss die versicherte Person kontinuierlich beaufsichtigt werden, weil sie sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde.
- (6) Charakteristisch für eine mittelschwere oder schwere Demenz ist der Verlust geistiger Fähigkeiten. Dieser Verlust wirkt sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen aus.
- (7) Die Diagnose der mittelschweren oder schweren Demenz muss ein Facharzt (Psychiatrie oder Neurologie) bestätigen. Hierfür ist erforderlich:
- eine ausführliche Befunderhebung mit körperlicher und psychopathologischer Untersuchung und
 - die Verwendung psychometrischer Tests.

Es muss mindestens ein Schweregrad 5 "Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" vorliegen. Dieser wird über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermittelt. Zur Bestätigung der Diagnose können wir Wiederholungsuntersuchungen fordern. Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn. Bei leichten oder mäßigen Hirnleistungsstörungen leisten wir nicht.

Anhang III: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Ausgabeaufschlag

Der Ausgabeaufschlag ist die Gebühr, die Sie für den Kauf von Wertpapieranteilen zahlen.

Beitragsbezogene Garantie

Die beitragsbezogene Garantie bestimmt neben der »**guthabenbezogenen Garantie**« die Mindesthöhe Ihres Vertragsguthabens zum Rentenbeginn. Wir beschreiben die beitragsbezogene Garantie in § 1 Absatz 3.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven sind die Differenz aus dem Marktwert von Kapitalanlagen und dem Wert, den wir in der Bilanz ausweisen. Dieser kann wegen gesetzlicher Vorschriften geringer sein als der Marktwert (Niederstwertprinzip).

Bewertungsstichtag

Am Bewertungsstichtag wird festgestellt, welchen Wert Ihre Wertpapieranteile haben.

Börsentag

Börsentage sind diejenigen Tage, an denen eine Börse geöffnet hat und dort gehandelt wird.

Bonusrente

Bonusrente bezeichnet eine Form der »**Überschussbeteiligung**« im Rentenbezug. Wir beschreiben die Bonusrente in § 11 Abschnitt IV. Absatz 2.

Deckungsrückstellung

Die Deckungsrückstellung ist der Wert, den wir in der Bilanz für unsere vertraglichen Verpflichtungen ansetzen. Diese Verpflichtungen entstehen dadurch, dass wir immer in der Lage sein müssen, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Emittent

Ein Emittent ist eine Institution, die »**Wertpapiere**« oder ähnliche Urkunden auf den Geld- oder Kapitalmärkten ausgibt.

Garantieleistungen

Garantieleistungen sind die Leistungen, die wir mindestens erbringen werden. Die tatsächlichen Leistungen sind nicht vorhersehbar, da sie von verschiedenen Einflüssen abhängen. So hat beispielsweise die Entwicklung an den Kapitalmärkten Einfluss auf das Vertragsguthaben. Die tatsächlichen Leistungen sind aber immer mindestens so hoch wie die Garantieleistungen.

Gebühr

Sie zahlen Gebühren, wenn Sie einen Aufwand verursachen, der bei normalem Verlauf des Vertrags nicht entstanden wäre. Ein Beispiel: Sie zahlen Ihre Beiträge per Lastschrift. Ihre Bank kann die Lastschrift aber nicht einlösen, weil nicht genügend Geld auf Ihrem Konto ist. Dafür berechnet die Bank uns dann Gebühren, die wir an Sie weiterreichen. Anders als »**Kosten**« zahlen Sie Gebühren zusätzlich zu Ihren Beiträgen. Die Höhe der Gebühren kann sich im Vertragsverlauf ändern. Die bei Abschluss des Vertrags aktuellen Gebühren finden Sie in Ihren Unterlagen. Im weiteren Vertragsverlauf nennen wir Ihnen gern die jeweils aktuellen Gebühren. Mehr dazu finden Sie auch in § 16.

Gesundheitsprüfung

Vor Abschluss einer Versicherung stellen wir Fragen zu der Gesundheit der zu versichernden Person. Mit diesen Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag zu normalen Bedingungen annehmen. Falls Vorerkrankungen vorliegen, können wir Zuschläge auf den Beitrag verlangen, bestimmte Leistungen ausschließen oder den Antrag ablehnen. Es ist wichtig, dass die Fragen zur Gesundheit richtig beantwortet werden. Denn sonst können wir in bestimmten Fällen vom Vertrag zurücktreten oder Ihnen eine Leistung versagen. Näheres dazu finden Sie in § 20. Auch wenn Sie während der Laufzeit die Leistungen erhöhen möchten, können wir eine Gesundheitsprüfung durchführen. Ausnahmen davon beschreiben wir in § 10.

Gewinnrente

Gewinnrente bezeichnet Formen der »**Überschussbeteiligung**«. Bitte beachten Sie: Die Gewinnrente gibt es sowohl für die Altersrente als auch für die Berufsunfähigkeitsrente. Diese beiden Gewinnrenten sind aber unterschiedlich ausgestaltet.

Bei der Berufsunfähigkeitsrente verwenden wir die jährlich zugeteilten »**Überschüsse**«, damit Sie eine höhere Rente erhalten. Wenn in einem Jahr keine »**Überschüsse**« anfallen, bleibt die Rente gleich.

Bei der Altersrente berechnen wir die Gewinnrente zu Rentenbeginn so, dass sie gleich bleibt, solange wir die »**Überschüsse**« nicht ändern.

Wenn wir die »**Überschüsse**« ändern, berechnen wir die Gewinnrente neu. Daher kann die Gewinnrente hier sowohl steigen als auch sinken.

Guthabenbezogene Garantie

Die guthabenbezogene Garantie bestimmt neben der »**beitragsbezogenen Garantie**« die Mindesthöhe Ihres Vertragsguthabens zum Rentenbeginn. Wir beschreiben die guthabenbezogene Garantie in § 1 Absatz 3.

HGB

Abkürzung für Handelsgesetzbuch.

Inkrafttreten (einer Beitragsfreistellung)

Bei diesem Inkrafttreten wird eine Beitragsfreistellung wirksam. Dies geschieht am ersten Tag eines Monats.

Jährliche Mitteilung

Einmal im Jahr erhalten Sie von uns eine Mitteilung über den aktuellen Stand Ihres Vertrags. Darin teilen wir Ihnen beispielsweise mit, wie hoch Ihr Guthaben ist und wie Ihre Beiträge im vergangenen Jahr verwendet wurden.

Kapitalverwaltungsgesellschaft

Kapitalverwaltungsgesellschaften legen »**Wertpapiere** auf und verwalten diese. Wenn Sie sich für eine fondsgebundene Rentenversicherung bei uns entscheiden, investieren wir für Sie in die »**Wertpapiere** renommierter Kapitalverwaltungsgesellschaften.

Kosten

Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags zahlen Sie Abschluss- und Verwaltungskosten. Im Gegensatz zu den »**Gebühren** sind diese Kosten bereits in Ihren Beiträgen enthalten. Sie müssen sie nicht zusätzlich zahlen. Mehr zu den Abschlusskosten finden Sie in § 15. Wie hoch die Kosten für Ihren Vertrag genau sind, finden sie in Ihrem Produktinformationsblatt.

Leistungsdauer

Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir eine vereinbarte Leistung höchstens erbringen. Das kann beispielsweise eine Berufsunfähigkeitsrente sein. Das Ende der Leistungsdauer kann nach dem Ende der »**Versicherungsdauer** liegen.

Ein Beispiel für Sie: Tritt der »**Leistungsfall** (die Berufsunfähigkeit) in der »**Versicherungsdauer ein**, erbringen wir die Leistung (die Berufsunfähigkeitsrente) bis zum Ende der Leistungsdauer.

Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, finden Sie die Leistungsdauer dafür in Ihrer »**Police**.

Leistungsfall

Der Leistungsfall ist das Ereignis, das die vertraglich vereinbarte Leistung auslöst. Das kann beispielsweise Berufsunfähigkeit oder Tod sein, aber auch, dass die versicherte Person den Rentenbeginn erlebt.

Mindestrentenfaktor

Mit Hilfe eines Rentenfaktors rechnet man ein Kapital in eine Rente um. Beispielsweise gibt ein Rentenfaktor von 20,00 EUR je 10.000 EUR Vertragsguthaben an, dass Sie für ein Vertragsguthaben von 100.000 EUR eine Rente von 200 EUR erhalten. Der Mindestrentenfaktor ist der Rentenfaktor, den wir bei der Berechnung Ihrer Rente mindestens verwenden. Das bedeutet: Wenn der zu Rentenbeginn aktuelle Rentenfaktor niedriger ist als der Mindestrentenfaktor, rechnen wir mit dem Mindestrentenfaktor.

natürliche Person

Juristische Personen sind beispielsweise Unternehmen. Im Gegensatz dazu sind natürliche Personen Menschen. Diese Bezeichnung tritt meist im Zusammenhang mit Rechten und Pflichten auf, die diese Personen haben.

Police (Versicherungsschein)

Die Police ist die Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag.

Rechnungsgrundlagen

Rechnungsgrundlagen sind die Daten, auf denen die Kalkulation unserer Tarife beruht. Dazu gehören der garantierte Zins, die »**Kosten** und die Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der einzelnen Risiken.

Rentengarantiezeit

Die Rentengarantiezeit bezeichnet einen Zeitraum ab dem Rentenbeginn. Wenn die versicherte Person während dieses Zeitraums verstirbt, zahlen wir die vereinbarte Rente bis zum Ende der Rentengarantiezeit weiter oder zahlen einen einmaligen Betrag aus. Ob Sie eine Garantiezeit vereinbart haben, wie lange sie dauert und in welcher Form wir die Leistung auszahlen, finden Sie in Ihrer »**Police**.

Rentenzahlungsperiode

Die Rentenzahlungsperiode richtet sich nach der »**Rentenzahlweise**. Bei Abschluss des Vertrags entscheiden Sie sich für eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche »**Rentenzahlweise**. Die Rentenzahlungsperioden legen wir vom »**Stamntag** der Versicherung aus fest. Ist der »**Stamntag** der Versicherung beispielsweise der 1. Juli bei halbjährlicher »**Rentenzahlweise**, so gibt es jährlich zwei Rentenzahlungsperioden: vom 1. Juli bis zum 31. Dezember und vom 1. Januar bis zum 30. Juni.

Rentenzahlweise

Die Rentenzahlweise ist der Rhythmus, in dem wir eine Rente zahlen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlweise haben Sie bei Abschluss des Vertrags festgelegt.

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des Vertragsguthabens zum Zeitpunkt einer Kündigung (Zeitwert). Aus dem Rückkaufswert ermitteln wir den Betrag, den wir bei einer Kündigung auszahlen. Mehr zum Rückkaufswert finden Sie in § 17. Die konkrete garantierte Höhe des Rückkaufswerts und des auszuzahlenden Betrages bei Kündigung Ihres Vertrags finden Sie beispielsweise in Ihrer »**Police**.

Rücknahmekurs

Der Rücknahmekurs ist der Preis, den die »**Kapitalverwaltungsgesellschaft** bei der Rückgabe von Wertpapieranteilen zahlt. Der Rücknahmekurs wird an jedem »**Börsentag** ermittelt.

Stamntag

Der Stamntag ist der erste Tag des Monats des planmäßigen Beginns der Altersrente. Den planmäßigen Rentenbeginn Ihrer Versicherung finden Sie in Ihrer »**Police**.

Textform

Die Textform ist eine Form für die Abgabe von Willenserklärungen im Rechtsverkehr (beispielsweise auf Papier oder in einer E-Mail). Eine Unterschrift ist hier nicht nötig. Gesetzlich geregelt wird die Textform in § 126b BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Überschussdeklaration

In unserem Geschäftsbericht veröffentlichen wir die Überschussdeklaration. Dort informieren wir über die Höhe der Überschussanteile für die einzelnen Tarife in einem Kalenderjahr. Sie finden den jeweils aktuellen Geschäftsbericht im Internet unter www.gothaer.de.

Überschuss, Überschussbeteiligung

Überschüsse entstehen, wenn weniger »**Leistungsfälle** eintreten oder wir höhere Zinsen erwirtschaften, als wir bei unserer Berechnung angenommen haben. Sie können auch entstehen, wenn die »**Kosten** geringer sind, als wir ursprünglich angenommen haben. Durch die Überschussbeteiligung geben wir die erzielten Überschüsse an die einzelnen Verträge weiter.

Überschusszuteilung

Die Überschusszuteilung bezeichnet die Höhe der »**Überschüsse**, die wir einem Vertrag zuweisen.

VAG

Abkürzung für Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz).

Verantwortlicher Aktuar

Der Verantwortliche Aktuar stellt unter anderem sicher, dass wir die vertraglich zugesagten Leistungen erbringen können. Dafür prüft er beispielsweise, ob die berechneten Beiträge ausreichend sind. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, einen Verantwortlichen Aktuar zu bestellen.

Verbrechen

Ein Verbrechen ist eine rechtswidrige Tat, die mit einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr bestraft wird.

Vergehen

Ein Vergehen ist eine rechtswidrige Tat, für die die Mindest-Freiheitsstrafe unter einem Jahr liegt. Vergehen können auch mit einer Geldstrafe bestraft werden.

Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum vom Beginn bis Ende der Versicherung oder eines Teils der Versicherung. Für verschiedene Leistungen, beispielsweise Tod und Berufsunfähigkeit, können auch unterschiedliche Versicherungsdauern vereinbart werden.

Versicherungsschein

Siehe »**Police**.

VVG

Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Wertpapier

Wertpapiere im Sinne dieser Versicherungsbedingungen können beispielsweise Fonds oder besicherte Anleihen sein.

Wirksamkeitstermin (beispielsweise einer Kündigung)

Der Wirksamkeitstermin ist der erste Tag in einem Monat, in dem beispielsweise eine Kündigung wirksam wird.