Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer VarioRent plus - Fonds (FR17-1)

Teil A: Leistungsbeschreibung

§ 1
Vertragstyp

Sie haben eine Fondsgebundene Rentenversicherung, verbunden mit Beitragsrückgewähr im Todesfall und - sofern vereinbart - mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit, abgeschlossen.

§ 2
Fonds - Anlagerisiko

(1) Vor Rentenbeginn investieren wir Ihre Beiträge in die von Ihnen gewählten und in der Police bezeichneten Fonds zum Rücknahmekurs, d.h. wir erheben keinen Ausgabeaufschlag.

(2) Die Kursentwicklung der Fondsanteile ist nicht vorauszusehen. Deshalb ist auch die Höhe unserer Leistung unvorhersehbar und kann nicht garantiert werden. Selbstverständlich haben Sie die Chance, bei Kurssteigerungen der Fondsanteile einen Wertzuwachs zu erzielen. Andererseits tragen Sie aber auch das Risiko von Kursrückgängen bis hin zum völligen Wertverfall des Fondsvermögens.

(3) Beachten Sie bitte, dass Ihr Vertrag vorzeitig erlischt, wenn Ihr Fondsvermögen für den Schutz im Todesfall und - sofern vereinbart - der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit sowie zur Deckung von Kosten nicht mehr ausreicht.

(4) Wir werden aber die Wertentwicklung Ihrer Fonds laufend beobachten und Sie vor dem Erlöschen des Vertrages warnen.

(5) Zur Verringerung dieses Risikos können Sie beispielsweise in risikoärmere Fonds wechseln. Wir bieten Ihnen außerdem den Abschluss einer Risikoversicherung ohne Gesundheitsprüfung an, um den Schutz im Todesfall aufrechtzuerhalten. Über Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

§ 3
Unsere Leistungen im Überblick

- Rente
- Kapital statt Rente
- Teilrente
- Leistung im Todesfall
- Kapitaloption während der Rentengarantiezeit
- Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (sofern vereinbart)
- Pflegeversicherungsoption zum Rentenbeginn

§ 4
Unsere Leistungen im Einzelnen

Der im Folgenden verwendete Begriff Stammtag bezeichnet den Ersten des Monats des planmäßigen Rentenbeginns. Den planmäßigen Rentenbeginn entnehmen Sie bitte Ihrer Police.

I. Rente

(1) Zum Rentenbeginn veräußern wir Ihre Fondsanteile. Den Bewertungsstichtag für Ihre Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang I. Das Fondsvermögen wandeln wir dann in eine Rentenleistung um und zahlen von nun an eine Rente in Euro bis zum Tod der versicherten Person.
Die Rentenleistung ergibt sich aus zu Rentenbeginn aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen. Die Rechnungsgrundlagen werden zu Rentenbeginn unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt.

(2) Wir garantieren Ihnen jedoch eine Mindestrente je 10.000 EUR Fondsvermögen. Die Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte Ihrer Police.
Für die Ermittlung der garantierten Mindestrente je 10.000 EUR Fondsvermögen verwenden wir Rechnungsgrundlagen, die einem Rechnungszins von 0,40 % sowie 85 % der Sterblichkeiten einer Sterbetafel für Rentenversicherungen, die auf der von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. veröffentlichten Tafel DAV 2004R basiert, entsprechen.

216208 - 07.21

(3) Erreicht die Rente nicht mindestens 300 EUR jährlich, so zahlen wir Ihnen das Fondsvermögen aus.

Rentenbeginn

(4) Sie haben das Recht, den Rentenbeginn abweichend vom planmäßigen Rentenbeginn zum jeweiligen Monatsersten um bis zu fünf Jahre vorzuverlegen. Informieren Sie uns bitte zwei Wochen im Voraus in Textform.

(5) Darüber hinaus haben Sie das Recht, den Rentenbeginn abweichend vom planmäßigen Rentenbeginn um sieben Jahre hinauszuschieben (Verlängerungsphase). Die Dauer dieser Phase kann aus steuerrechtlichen Gründen jedoch abhängig vom Alter zum planmäßigem Rentenbeginn kürzer sein. Über die maximale Dauer der Verlängerungsphase Ihres Vertrags informieren wir Sie gerne. Den Antrag auf Vertragsverlängerung müssen Sie spätestens eine Woche vor Beginn der Verlängerung in Textform stellen. Innerhalb der Verlängerungsphase können Sie jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen zu jedem Monatsersten Ihren Rentenbeginn beantragen.

(6) Sie haben außerdem zu jedem Monatsersten innerhalb der Auflösungsphase - sofern vereinbart - das Recht auf den Beginn Ihrer Rente. Informieren Sie uns bitte zwei Wochen im Voraus in Textform. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte der Police.

(7) Bei Vorverlegung oder Hinausschieben des Rentenbeginns sowie bei Rentenbeginn innerhalb der Auflösungsphase wird die garantierte Mindestrente unter Verwendung der in Absatz 2 genannten Rechnungsgrundlagen neu bestimmt.

(8) Ihre Rechte zum Rentenbeginn nach Abschnitt II bleiben auch bei Vorverlegung oder Hinausschieben des Rentenbeginns sowie bei Rentenbeginn innerhalb der Auflösungsphase bestehen.

II. Kapital statt Rente

(1) Zum Rentenbeginn können Sie, wenn das Kapitalwahlrecht nicht von Beginn an ausgeschlossen worden ist, anstelle der Rente auch die Auszahlung des Fondsvermögens verlangen. Auf Wunsch übertragen wir Ihnen stattdessen gegen eine Gebühr die vorhandenen Fondsanteile (Naturalleistung) auf ein geeignetes Depotkonto Ihrer Wahl. Möglich ist auch eine Kombination aus Kapitalauszahlung und Rente. Über die Einzelheiten informieren wir Sie gerne. Bitte beantragen Sie die Kapitalauszahlung mindestens sechs Wochen im Voraus in Textform.

(2) Die Kapitalauszahlung sowie eine Kombination aus Kapitalauszahlung und Rente ist im Rahmen der Vorverlegung des Rentenbeginns frühestens nach Ablauf von fünf vollen Vertragsjahren möglich und muss mindestens mit einer Frist von drei Monaten im Voraus beantragt werden.

(3) Sofern Sie vom Kapitalwahlrecht gem. Absatz 1 vollständig Gebrauch machen, erlischt Ihr Vertrag.

(4) Sofern Sie eine Auflösungsphase vereinbart haben, ist die Wahl einer Kapitalauszahlung nur innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn möglich.

III. Teilrente

(1) Frühestens fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn bzw. zu Beginn der Auflösungsphase - sofern vereinbart - können Sie einmal im Jahr gegen eine Gebühr aus dem Fondsvermögen eine Teilrente verlangen. Den Bewertungsstichtag für Ihre Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang I.

(2) Eine Teilrente kann frühestens nach Ablauf von fünf Vertragsjahren mit einer Frist von zwei Wochen zum nächsten Monatsersten beantragt werden, dabei muss das im Vertrag verbleibende Fondsvermögen mindestens 3.000 EUR betragen. Die Höhe der Teilrente muss mindestens 300 EUR jährlich betragen. Der späteste Teilrentenbeginn ist der planmäßige Rentenbeginn.

(3) Mit Beginn der ersten Teilrente wird Ihr Vertrag beitragsfrei gestellt.

(4) Die Zahlungsweise der Teilrente entspricht der vereinbarten Rentenzahlungsweise. Auch für die Teilrente kann eine Rentengarantiezeit vereinbart werden.

(5) Die Leistung im Todesfall verringert sich um den Betrag, aus dem die Teilrente gebildet wurde.

IV. Leistung im Todesfall

vor Rentenbeginn

(1) Bei Tod der versicherten Person vor Rentenbeginn endet Ihr Vertrag und wir zahlen die bereits geleisteten Beiträge unverzinst zurück. Haben Sie eine oder mehrere Teilauszahlungen in Anspruch genommen, wird diese Todesfallleistung um die Summe der Auszahlungsbeträge aller Teilauszahlungen reduziert (vgl. § 11 Abs. 4).

(2) Solange die versicherte Person jünger als sieben Jahre ist, ist die Auszahlung der Todesfallleistung auf die Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten gem. § 150 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (Stand 2011: 8.000 EUR) begrenzt.

nach Rentenbeginn

(3) Ist keine Rentengarantiezeit vereinbart, so endet bei Tod der versicherten Person sowohl die Rentenzahlung als auch der Vertrag. Das gleiche gilt bei Tod der versicherten Person nach Ablauf der vereinbarten Rentengarantiezeit.

(4) Bei Tod der versicherten Person innerhalb der vereinbarten Rentengarantiezeit zahlen wir, wie von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählt, entweder

- die bis zum Ende der Rentengarantiezeit verbleibenden Renten in einem Betrag (Abfindung)
oder
- die Rente bis zum Ende der Rentengarantiezeit (Rentenfortzahlung).

Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte der Police. Mit Auszahlung der Abfindung oder der letzten Rente endet Ihr Vertrag.

(5) Die zu Vertragsbeginn vereinbarte Rentengarantiezeit können Sie jederzeit bis ein Jahr vor dem planmäßigen Rentenbeginn ändern. Bitte richten Sie Ihren Änderungswunsch in Textform an uns. Die Höhe der versicherten Altersrente wird gemäß § 4 Abschnitt I unter Beachtung der geänderten Rentengarantiezeit neu berechnet.
Sollten Sie Ihre Rentengarantiezeit verlängern, so erhöht sich dadurch die Todesfallleistung ab Beginn der Rentenzahlung, gleichzeitig verringert sich die garantierte Altersrente. Die maximale Verlängerung der Rentengarantiezeit hängt vom Alter der versicherten Person zum Rentenbeginn ab.
Sollten Sie Ihre Rentengarantiezeit verkürzen, so verringert sich dadurch die Todesfallleistung ab Beginn der Rentenzahlung, gleichzeitig erhöht sich die garantierte Altersrente.

V. Kapitaloption während der Rentengarantiezeit

(1) Während der Rentengarantiezeit haben Sie das Recht, Kapitalauszahlungen zu verlangen, sofern Sie als Todesfallleistung nach Rentenbeginn die Abfindung gewählt haben.

(2) Die Kapitaloption darf frühestens zwei Jahre nach Rentenbeginn ausgeübt werden. Die Auszahlung muss zu einem Zahlungszeitpunkt der Rente erfolgen.

(3) Die Option kann mehrmals ausgeübt werden. Bei jeder Ausübung der Option wird ein Betrag in Höhe von 4,5 % der Auszahlungssumme zzgl. 50 EUR einbehalten, der dem Deckungskapital des Vertrages entnommen wird.

(4) Jede Auszahlung muss mindestens 1.000 EUR betragen.

(5) Die Auszahlungssumme zzgl. des in Absatz 3 genannten Betrags darf weder die Summe der noch ausstehenden garantierten Renten noch das Deckungskapital des Vertrages übersteigen. Die Summe der noch ausstehenden garantierten Renten ergibt sich aus der Addition der einzelnen bei Ausübung der Option garantierten Renten innerhalb der Rentengarantiezeit. Dabei werden auch die zum Ausübungszeitpunkt garantierten Renten aus der Überschussbeteiligung einbezogen.

(6) Nach Ausübung der Option wird Ihre Rentenleistung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet. Im Todesfall leisten wir jedoch höchstens die direkt vor Ausübung der Option gültige Todesfallleistung abzgl. der Auszahlungssumme und des in Absatz 3 beschriebenen Betrags.

(7) Unterschreitet die derart berechnete garantierte Rente die Mindestrente von 300 EUR p.a., so wird auch das verbleibende Deckungskapital ausgezahlt und der Vertrag erlischt.

(8) Ihre Mitteilung über den Auszahlungswunsch muss spätestens drei Monate vor dem gewünschten Auszahlungstermin in Textform erfolgen.

VI. Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (sofern vereinbart)

(1) Berufsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit sowie Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen werden im Anhang II Abschnitt 1 definiert.

(2) Wird die versicherte Person innerhalb der für die Berufsunfähigkeit vereinbarten Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, so werden Sie, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, für die verbleibende Leistungsdauer von der Beitragszahlung ab dem nächsten Fälligkeitstermin befreit. Das heißt, dass Ihre Altersrentenversicherung unverändert fortgeführt wird, als wäre die versicherte Person nicht berufsunfähig geworden. Hierfür muss jedoch kein Beitrag mehr gezahlt werden. Außerdem wird eine eventuell vereinbarte Beitragsbefreiungsdynamik berücksichtigt (siehe Abs. 8). Versicherungs- und Leistungsdauer sind in der Police angegeben.

Haben wir bei Vertragsabschluss auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet, und wird die versicherte Person innerhalb der in der Police genannten Wartezeit seit dem Beginn dieser Zusatzversicherung berufsunfähig, so erbringen wir keine Versicherungsleistungen aus dieser Zusatzversicherung. Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt in diesem Fall. Der bisher von Ihnen hierfür gezahlte Beitragsteil fließt ab diesem Zeitpunkt ebenfalls in die Hauptversicherung.
Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Berufsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich während der Versicherungsdauer ereignet hat. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(3) Wird die versicherte Person während der für die Berufsunfähigkeit vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang II Abschnitt 1 Abs. 10, so erbringen wir in jedem Fall unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit die Leistungen entsprechend Absatz 2. Die dort genannte ggf. vereinbarte Wartezeitregelung gilt entsprechend.

(4) Wenn die versicherte Person während der für die Berufsunfähigkeit vereinbarten Versicherungsdauer für mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben im Sinne von Anhang II Abschnitt 1 Abs. 13 war, so werden Sie ebenfalls, sofern Sie Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit mit uns vereinbart haben, von der Beitragszahlung gemäß der Regelungen in Absatz 5, 6 und 7 befreit. Die in Absatz 2 genannte ggf. vereinbarte Wartezeitregelung gilt entsprechend.
Leistungen wegen Krankschreibung können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden.

Eine Leistung aufgrund einer Krankschreibung ist ausgeschlossen, sofern der Vertragsabschluss mit vereinfachten Zugangsvoraussetzungen wie zum Beispiel verkürzte Gesundheitsprüfung, einer Gesundheitserklärung, Dienstobliegenheitserklärung oder erweiterter Dienstobliegenheitserklärung erfolgt ist.

(5) Die Leistungen wegen Krankschreibung gemäß Absatz 4 erbringen wir, sofern

a. Sie Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit mit uns vereinbart haben und
b. die versicherte Person ununterbrochen krankgeschrieben im Sinne von Anhang II Abschnitt 1 Abs. 13 ist und die für die Berufsunfähigkeit vereinbarte Leistungsdauer nicht abgelaufen ist und
c. wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen und
d. die versicherte Person lebt.

Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir maximal für einen Zeitraum von 18 Monaten. Bei mehrfachem Leistungsbezug wegen Krankschreibung nach Absatz 4 ist die Leistungsdauer wegen Krankschreibung für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen auf 18 Monate beschränkt.
Nach einer erfolgten Anerkennung oder Feststellung der Berufsunfähigkeit der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 2, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Krankschreibung eingestellt.

(6) Der Anspruch auf die Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist bzw. in den der Beginn der ersten Krankschreibung fällt, frühestens jedoch zum Beginn der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Im Falle der Leistungen wegen Krankschreibung leisten wir jedoch maximal bis zu 6 Monate ab Zeitpunkt der Meldung rückwirkend für den Zeitraum der ununterbrochenen Krankschreibung.
Wird uns die Berufsunfähigkeit nach ihrem Eintritt in Textform mitgeteilt, so leisten wir unter Beachtung von Absatz 7 rückwirkend - gerechnet ab dem Monat der Meldung - für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit.

Auch für die Feststellung, ob die Leistungspflicht aufgrund einer ggf. vereinbarten Wartezeit (vgl. Abs. 2) entfällt, ist der Monat, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist bzw. in den der Beginn der ersten Krankschreibung fällt, maßgeblich.

(7) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung.
Für den Zeitraum, für den wir Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, zahlen wir keine rückwirkenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Die Leistungen wegen Krankschreibung entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

(8) Bei Vereinbarung einer garantierten Steigerung der Beiträge (Beitragsbefreiungsdynamik) erhöhen sich die Beiträge, von deren Zahlung Sie befreit sind, planmäßig zu jedem Stammtag, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit gem. dieser Bedingungen bzw. den Beginn der Leistungen wegen Krankschreibung folgt, um den vereinbarten Prozentsatz. Erhöht wird jeweils der bisherige Beitrag vor dem jeweiligen Stammtag. Die versicherten Leistungen erhöhen sich gem. den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifkalkulation. Die Entnahmen aus dem Fondsvermögen für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiungsdynamik sind höher als diejenigen für eine solche ohne Beitragsbefreiungsdynamik.

(9) Über den Beginn der Beitragsbefreiungsdynamik und die jährlichen Leistungserhöhungen sowie die befreiten Beitragserhöhungen erhalten Sie vor der Erhöhung eine Mitteilung. Ein Widerspruchsrecht für die dynamischen Erhöhungen, die aus der Beitragsbefreiungsdynamik resultieren, besteht nicht.

(10) Beachten Sie bitte, dass die Befreiung von der Beitragszahlung mit Ablauf der Leistungsdauer endet. Das gilt auch, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt. In beiden Fällen sind nun wieder Beiträge zu leisten. Bedenken Sie bitte außerdem, dass die Versicherungs- und Leistungsdauer des Berufsunfähigkeitsschutzes durch Hinausschieben des Rentenbeginns nicht berührt wird. Bei Vorverlegung des Rentenbeginns oder Rentenbeginn innerhalb der Auflösungsphase erlischt der Berufsunfähigkeitsschutz spätestens mit Beginn der Zahlung der Altersrente bzw. mit Kapitalauszahlung gem. Abschnitt II.
Gleiches gilt bei Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang II Abschnitt 1 Abs. 10 und bei Leistungen wegen Krankschreibung gem. Absatz 4.

(11) Falls Sie eine Beitragsbefreiungsdynamik gem. Absatz 8 und 9 vereinbart haben und der Anspruch auf die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gem. Absatz 10 endet, sind Sie grundsätzlich zur Zahlung des Beitrags vor Beginn der Berufsunfähigkeit verpflichtet. Beachten Sie bitte, dass sich die Leistungen entsprechend den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifkalkulation reduzieren werden. Sie haben jedoch das Recht, den durch die Beitragsbefreiungsdynamik erhöhten Beitrag selber weiter fortzuzahlen.
Gleiches gilt für die Leistungen wegen Krankschreibung gem. Absatz 4, sofern diese nicht in Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gem. Absatz 5 übergehen.

(12) Bis zur Entscheidung über die Beitragsbefreiung stunden wir Ihre Beiträge zinslos. Erkennen wir die Berufsunfähigkeit nicht an, so sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen. Sie haben jedoch die Möglichkeit, eine ratierliche Nachzahlung über einen Zeitraum von maximal 24 Monaten mit uns zu vereinbaren.

(13) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich der Grad auf weniger als 50 % vermindert, erlischt der Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Berufsunfähigkeit. Die Veränderung legen wir Ihnen in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit.
Erfolgt die Feststellung des Wegfalls der Berufsunfähigkeit oder ihrer Minderung auf weniger als 50% im Rahmen einer Nachprüfung, so wird in diesem Fall die Einstellung unserer Leistung erst mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung Ihnen gegenüber wirksam.
In jedem Fall sind ab dem Zeitpunkt der Einstellung unserer Leistung nun wieder die Beiträge zu leisten.
Wird die versicherte Person erneut aufgrund der ursprünglichen Ursache berufsunfähig, so lebt unsere Leistung für die verbleibende Leistungsdauer wieder auf, auch nach Ablauf der Versicherungsdauer.
Gleiches gilt bei Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang II Abschnitt 1 Abs. 10.

(14) Liegt keine ununterbrochene Krankschreibung mehr vor oder ist der maximale Leistungszeitraum von 18 Monaten abgelaufen oder erfolgt eine Anerkennung der Berufsunfähigkeit, so stellen wir unsere Leistungen wegen Krankschreibung ein. Die Veränderung legen wir Ihnen in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des Monats nach Zugang unserer Erklärung Ihnen ge-

genüber wirksam. Ab diesem Zeitpunkt sind nun wieder die Beiträge zu leisten, sofern im Anschluss keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gezahlt werden.

(15) Soweit in den jeweiligen Ziffern nichts anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sinngemäß auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit uns Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes geschlossen haben, gelten diese entsprechend auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrer Police.

(16) Der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit besteht weltweit.

VII. Pflegeversicherungsoption zum Rentenbeginn

(1) Sie haben die Möglichkeit, zum Rentenbeginn Versicherungsschutz bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit einzuschließen, sofern die unten stehenden Voraussetzungen erfüllt sind. Bis spätestens drei Monate vor Ihrem gewünschten Rentenbeginn können Sie uns mitteilen, dass Sie diese Pflegeversicherungsoption zum Rentenbeginn ausüben möchten.

(2) Das Ausüben der Pflegeversicherungsoption bedeutet folgendes:

Ab Beginn der Altersrente gewähren wir Versicherungsschutz bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person in Form einer Pflegerente, dadurch verringert sich die Altersrente.

Wann Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird im Anhang II Abschnitt 2 dieser Bedingungen beschrieben. Solange die Pflegebedürftigkeit besteht, zahlen wir zusätzlich zur Altersrente die versicherte Pflegerente, erstmals nach Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, bis zum Tod der versicherten Person.

Die zusätzlich versicherte Pflegerente darf maximal 100 % der zu Altersrentenbeginn garantierten Altersrente betragen und muss zwischen 600 EUR und 18.000 EUR jährlich liegen. Die exakte Höhe legen Sie fest.

In welchem Maße sich die Höhe der Altersrente verringert, ergibt sich aus der von Ihnen gewünschten Pflegerentenhöhe und ggf. anfallenden Steuern sowie zum Altersrentenbeginn aktuellen Rechnungsgrundlagen für diesen Versicherungsschutz.

(3) Die Pflegeversicherungsoption ist an die folgenden Voraussetzungen gebunden:

- Zwischen Versicherungs- und Altersrentenbeginn müssen mindestens fünf volle Jahre liegen.
- Bei Altersrentenbeginn ist die versicherte Person höchstens 75 Jahre alt und nicht pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen. Sie hat niemals einen Antrag auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung gestellt.
- Die versicherte Person benötigt bei Altersrentenbeginn keine Hilfe oder Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (im Haus bewegen oder das Haus verlassen, An- oder Auskleiden, Essen, Waschen, Baden oder Toilettenbenutzung) durch andere Personen. Sie benutzt keine Hilfsmittel wie Gehhilfen (z.B. Gehwagen, Rollstuhl).
- Die versicherte Person wurde innerhalb der letzten fünf Jahre vor Altersrentenbeginn nicht aufgrund von Krankheiten, Störungen oder Beschwerden des Nervensystems oder neurologischer Art (z.B. Parkinsonsche Erkrankung, Alzheimersche Erkrankung, Demenz) oder der Psyche (z.B. Angststörung, Depression) ambulant oder stationär behandelt.

(4) Auch für eine Teilrente können Sie das Ausüben der Pflegeversicherungsoption beantragen. Obige Aussagen gelten dann entsprechend für diese Teilrente.

§ 5 Leistungsbeschränkung

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zum Leistungsfall gekommen ist. Über besondere Leistungsbeschränkungen, die im Rahmen einer Fondsgebundenen Versicherung auftreten können, informieren wir Sie in § 7 Abschnitt III.

(2) Haben Sie die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung verursacht ist:

a. Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt ebenfalls bestehen, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, Bundespolizei oder anderer staatlich beauftragter Organisationen mit Mandat der NATO, UN oder OSZE oder einer humanitären Hilfsorganisation berufsunfähig wird, während sie an deren rein humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden oder friedenserhaltenden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten teilgenommen hat.

b. Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße (z.B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen.

c. Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall oder Krankschreibung, absichtliche Selbstverletzung, versuchte Selbsttötung oder vorsätzliche Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang II Abschnitt 1 Abs 10. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.

d. Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung der versicherten Person herbeigeführt haben.

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

f. Durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr und Bekämpfung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde.

§ 6 Überschussbeteiligung

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

I. Überschussermittlung

(1) Die Überschüsse werden unter Berücksichtigung der Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sowie der dazu erlassenen Rechtsverordnungen ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(2) Der ermittelte Überschuss wird, soweit er den Verträgen nicht bereits direkt gutgeschrieben wird, in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellt. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde darf die RfB in Ausnahmefällen gemäß § 140 VAG zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung herangezogen werden.

(3) Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung hängt von den Kapitalerträgen, aber auch vom Verlauf der Sterblichkeit und der Berufsunfähigkeit sowie von der Entwicklung der Kosten ab. Prognosen über die weitere Entwicklung der Überschussbeteiligung sind über einen längeren Zeitraum nicht möglich. Wir können daher keine Aussage darüber machen, in welcher Höhe Überschüsse in Zukunft anfallen werden. Die Höhe der Überschüsse kann also nicht garantiert werden.

(4) Verschiedene Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Deshalb haben wir gleichartige Versicherungen in Gruppen zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Bestandsgruppen erfolgt nach dem Umfang, in dem diese zu seiner Entstehung beigetragen haben.

(5) Vor Rentenbeginn gehört ihre Versicherung zur Bestandsgruppe der Lebensversicherungen, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsnehmer getragen wird. Im Rentenbezug wechselt der Vertrag in eine Bestandsgruppe für konventionelle Renten. Gerne teilen wir Ihnen auf Anfrage die dann für Sie

gültige Bestandsgruppe mit.

II. Zuteilung von Überschüssen

(1) Die für jedes Kalenderjahr vorzunehmenden Festlegungen zur Höhe der einzelvertraglich zuzuweisenden Überschüsse erfolgen auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars durch unseren Vorstand und werden entsprechend den gesetzlichen Anforderungen im Geschäftsbericht veröffentlicht (Überschussdeklaration).

(2) Die jährlich auszuschüttenden Mittel werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der RfB entnommen.

III. Zuteilung von Überschüssen vor Rentenbeginn

(1) Vor Rentenbeginn kommen Ihnen die Überschüsse sofort zugute, so dass Sie frühzeitiger und in größerem Umfang von einer positiven Fondsentwicklung profitieren. Denn durch die sofortige Überschussbeteiligung finanzieren wir den Schutz im Todesfall und - sofern vereinbart - der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit sowie Kosten aus dem Fondsvermögen nur entsprechend unserem tatsächlichen Bedarf. Der tatsächliche Bedarf kann innerhalb von bestimmten Höchstgrenzen von Kalenderjahr zu Kalenderjahr schwanken. Über eine Änderung werden wir Sie in der Jährlichen Mitteilung informieren. Die Höchstgrenzen für die Kosten entnehmen Sie bitte den weiteren Informationen in Ihren Angebotsunterlagen. Die Höchstgrenzen für den Schutz im Todesfall und - sofern vereinbart - der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit ergeben sich aus Tafeln, die von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. veröffentlicht wurden.
Die Entnahmen für den Schutz im Todesfall und - sofern vereinbart - der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit sind zudem vom Alter der versicherten Person, der Restlaufzeit Ihres Vertrages sowie der Versicherungs- und Leistungsdauer für den Schutz der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und von der Fondsentwicklung abhängig. Daher werden wir Sie über die Entnahmen in der Jährlichen Mitteilung informieren.

(2) Im Fall der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit - sofern vereinbart - werden zusätzlich Überschüsse während der Dauer unserer Leistungspflicht vor dem Erreichen eines Stammtages zugeteilt, frühestens ein Jahr nach Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Beginn der Leistung wegen Krankschreibung. Diese Überschüsse investieren wir in Ihr Fondsvermögen. Die Höhe entnehmen Sie bitte der Jährlichen Mitteilung. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe Abschnitt V.) ist darin enthalten.

(3) Darüber hinaus erhält Ihr Vertrag zum Rentenbeginn einen Schlussüberschussanteil, dessen Höhe von der Laufzeit Ihres Vertrages, der Entwicklung Ihres Fondsvermögens, des Kapitalmarktes und insbesondere davon abhängt, in welcher Höhe die Schlussüberschussanteilsätze zum Zeitpunkt der Zuteilung festgelegt sind. Aus dem Schlussüberschussanteil wird eine zusätzliche Rente bzw. Kapitalauszahlung gebildet.
Die zusätzliche Rente ergibt sich aus zu Rentenbeginn aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen. Die Rechnungsgrundlagen werden zu Rentenbeginn unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Wir garantieren Ihnen jedoch eine Mindestrente je 10.000 EUR Schlussüberschussanteil (vgl. § 4 Abschnitt I Abs. 2). Die zusätzliche Rente wird zusammen mit der zu Altersrentenbeginn garantierten Rente fällig und ist ebenfalls garantiert und überschussberechtigt.

Bei Beginn einer Teilrente wird ein Schlussüberschussanteil entsprechend anteilig fällig.

Bei Tod vor Rentenbeginn, bei Kündigung und bei Teilauszahlung wird kein Schlussüberschussanteil fällig.

IV. Zuteilung von Überschüssen nach Rentenbeginn

(1) Die Verwendung der Überschüsse erfolgt entweder als Bonusrente oder als Gewinnrente. Vor Beginn der Rentenzahlung haben Sie das Recht, die bei Vertragsabschluss vereinbarte und in der Police dokumentierte Überschussverwendung zu ändern. Bitte teilen Sie uns diesen Änderungswunsch bis spätestens sechs Wochen vor Rentenbeginn in Textform mit.

(2) Bei vereinbarter Bonusrente werden die Überschüsse jährlich zugewiesen, erstmals bei Rentenbeginn und dann zu Beginn eines jeden Rentenbezugsjahres. Aus den auf diese Weise zugewiesenen Überschüssen wird eine zusätzliche Rente gebildet (Bonusrente). Dies führt insgesamt zu einer gleichbleibenden oder steigenden Rente.
Die Höhe der Bonusrente ergibt sich jeweils aus zum Zuteilungszeitpunkt aktuellen Rechnungs-

grundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen. Die Rechnungsgrundlagen werden jeweils zum Zuteilungszeitpunkt unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Die Bonusrente ist nach Zuteilung ebenfalls garantiert und überschussberechtigt.

(3) Bei vereinbarter Gewinnrente erhalten Sie neben der zu Altersrentenbeginn garantierten Rente aus den Überschüssen eine zusätzliche Rentenleistung (Gewinnrente). Diese wird bei Rentenbeginn ermittelt und bleibt bei unveränderter Überschusssituation in ihrer anfänglichen Höhe bestehen. Die Gewinnrente wird bei einer Änderung der Überschusssituation zum folgenden Stammtag neu ermittelt. Die jeweilige Gewinnrente ist nicht garantiert. Bei günstiger Überschussentwicklung können darüber hinaus Bonusrenten fällig werden.

(4) Diese Regelungen gelten auch für Teilrenten.

(5) Die genaue Höhe der Bonus- bzw. Gewinnrente entnehmen Sie bitte der Jährlichen Mitteilung.

V. Beteiligung an Bewertungsreserven

Grundlegendes zur Beteiligung an den Bewertungsreserven

(1) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven. Dabei berücksichtigen wir die jeweils aktuellen Gesetze und Verordnungen.

(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. Ihren Wert bestimmen wir jeweils zu Bewertungsstichtagen.

(3) Wenn wir mit Ihnen eine direkte Beteiligung an der Entwicklung von vorgegebenen Fonds oder Indices vereinbart haben, können hieraus keine Bewertungsreserven entstehen. Dies ist der Fall bei fonds- oder indexgebundenen Lebensversicherungen oder entsprechenden Komponenten von Lebensversicherungen. Somit ergibt sich für diese Lebensversicherungen oder Komponenten von Lebensversicherungen auch keine Beteiligung an Bewertungsreserven.

(4) Versicherungsunternehmen müssen gesetzliche Regeln zur Ausstattung mit Kapital berücksichtigen. Bei der Beteiligung an den Bewertungsreserven berücksichtigen wir diese Regeln.

(5) Die Beteiligung erfolgt - wie in §153 VVG gefordert - nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Die Grundzüge dieses Verfahrens stellen wir im Rahmen der Erläuterungen zur jährlichen Überschussdeklaration im Geschäftsbericht dar.

Wichtige Eckpunkte zur Beteiligung Ihres Vertrages an den Bewertungsreserven

(6) Wenn Sie die Altersrente beziehen, kann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven für Ihren Vertrag verursachungsorientiert sein. Ob dies der Fall ist, stellen wir jährlich im Rahmen der Festsetzung der Überschussbeteiligung fest. In der Überschussdeklaration im Geschäftsbericht beschreiben wir das Verfahren.

(7) Auch während des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente oder der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit kann für diese Absicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven verursachungsorientiert sein. Ob dies der Fall ist, stellen wir jährlich im Rahmen der Festsetzung der Überschussbeteiligung fest. In der Überschussdeklaration im Geschäftsbericht beschreiben wir das Verfahren.

§ 7
Ihre Fondsauswahl

I. Fondsanlage

(1) Sie können Ihren Beitrag auf bis zu zehn Fonds aufteilen. In jeden Fonds sind mindestens zehn Prozent Ihres Beitrags zu investieren. Außerdem ist für die Anlage pro Fonds mindestens ein Betrag von 5 EUR notwendig. Der monatliche Mindestbeitrag beträgt 25 EUR.

(2) Die in den von Ihnen gewählten Fonds entstehenden Erträge erhöhen entweder den Wert Ihrer Fondsanteile (thesaurierende Fonds) oder werden in zusätzliche Fondsanteile umgewandelt (ausschüttende Fonds).

(3) Nähere Informationen zur Fondsanlage entnehmen Sie bitte dem Anhang I und Ihren Investmentinformationen.

(4) Ihre Fondsanteile werden als Sondervermögen getrennt vom übrigen Vermögen des Versicherers geführt.

II. Fondswechsel

(1) Sie können jederzeit mit sofortiger Wirkung oder zu einem zukünftigen Zeitpunkt in Textform einen kostenlosen Fondswechsel in Form eines Shift, Switch oder Shift & Switch beantragen. Die Anzahl der möglichen Fondswechsel ist nicht begrenzt.

- ***Shift:*** Ihr bisheriges Fondsvermögen wird in Fondsanteile eines oder mehrerer anderer in diesem Vertrag wählbarer Fonds umgeschichtet. Die künftige Anlage erfolgt jedoch weiterhin in die bisher gewählten Fonds.
- ***Switch:*** Sie veranlassen, dass lediglich Ihre künftige Anlage in einen oder mehrere andere in diesem Vertrag wählbare Fonds erfolgt. Ihr bisheriges Fondsvermögen ist von dieser Änderung nicht betroffen.
- ***Shift & Switch***: Hierbei werden Shift und Switch gleichzeitig durchgeführt.

Den Bewertungsstichtag für Ihre Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang I.

(2) Bitte beachten Sie auch Besonderheiten gem. Abschnitt III.

III. Besonderheiten bezüglich des Fondsinvestments

Die im Rahmen Ihrer Fondsgebundenen Versicherung besparten Fonds werden von externen Kapitalverwaltungsgesellschaften geführt und verwaltet. Wir können daher nicht beeinflussen, inwiefern diese Fonds über die gesamte Vertragslaufzeit bestehen bleiben, ihre Anlagestrategie beibehalten oder Ver- und Ankäufe zugelassen sind.
Wir behalten uns daher gewisse Handlungsoptionen vor, die im Folgenden dargestellt sind.

(1) Wir können einen von Ihnen besparten Fonds aus dem Angebot streichen, wenn hinsichtlich des Fonds erhebliche Änderungen eingetreten sind, die wir nicht beeinflussen können. Solche erheblichen Änderungen können sein: Die von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft verliert ihre Zulassung für den Vertrieb oder stellt den Vertrieb ein oder verletzt ihre vertraglichen Pflichten erheblich, oder die Fondsperformance unterschreitet den Marktdurchschnitt vergleichbarer Fonds erheblich, oder der Fonds erfährt eine deutliche Abwertung durch ein renommiertes Ratingunternehmen. 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 Ihnen einen kostenlosen Fondswechsel vorschlagen. Wenn Sie nicht innerhalb von vier Wochen nach Zugang unseres Vorschlags etwas anderes beantragen, werden wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen.

(2) Die jeweils aktuell zur Verfügung stehende Fondsauswahl für Shift, Switch oder Shift & Switch können wir während der gesamten Vertragslaufzeit ändern oder erweitern. Von Ihnen besparte Fonds sind von einer solchen Änderung nicht betroffen. Die jeweils aktuelle Fondsauswahl können Sie jederzeit bei uns erfragen.

(3) Wird einer der von Ihnen gewählten Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft z.B. geschlossen, aufgelöst oder wird der Ankauf von Anteilen eingestellt oder eingeschränkt, so werden wir Sie informieren und Ihnen ebenfalls einen kostenlosen Fondswechsel in einen Fonds entsprechend dem bisherigen Anlageprofil vorschlagen. Wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unseres Vorschlags etwas anderes beantragen, werden wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen. Selbstverständlich haben Sie auch nach Ablauf dieser Frist die Möglichkeit, einen kostenlosen Fondswechsel gemäß Abschnitt II durchzuführen.

(4) Hat die Kapitalverwaltungsgesellschaft die Rücknahme von Fondsanteilen aus von uns nicht zu vertretenden Gründen eingestellt oder eingeschränkt, behalten wir uns das Recht vor, die fällig werdende Leistung bzw. den Rückkaufswert zunächst nur aus dem Geldwert der Anteile der davon nicht betroffenen Fonds zu ermitteln, sofern wir nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften zu einer Leistung verpflichtet sind. Wird die Rücknahme von Anteilen durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft wieder aufgenommen, so werden wir unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer die verbleibenden Fondsanteile unverzüglich veräußern und die daraus entstehende zusätzliche Leistung bzw. den zusätzlichen Rückkaufswert nach allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermitteln. Die im Anhang I angegebenen Bewertungsstichtage verlieren in solch einem Fall ihre Gültigkeit. Während der Zeit, in der die Rücknahme von Fondsanteilen nicht möglich ist, sind wir berechtigt, Teilauszahlungen gem. § 11 aus den betroffenen Fonds sowie Fondswechsel gemäß Abschnitt II zu verweigern und das Ablaufmanagement gem. § 8 auszusetzen.

§ 8
Ablaufcheck - Ablaufmanagement

(1) Beträgt die vereinbarte Laufzeit Ihres Vertrages mindestens zehn Jahre, werden wir sechs Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn automatisch ein Schreiben an Sie versenden, in dem wir Sie an die Möglichkeiten zur Absicherung Ihres Fondsvermögens erinnern (Ablaufcheck).

(2) Es stehen Ihnen grundsätzlich folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Nutzung der kostenlosen Fondswechsel zur Umschichtung Ihres Fondsvermögens in risikoärmere Anlagen
- Automatisches Ablaufmanagement

Automatisches Ablaufmanagement

(3) Vor Rentenbeginn können Sie das automatische Ablaufmanagement zur Minderung von Kursverlustrisiken in Anspruch nehmen.

(4) Durch Ihre Mitteilung in Textform nach Erhalt unseres Schreibens wird das für Sie kostenlose Ablaufmanagement aktiviert. Es beginnt fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn. Dabei werden wir in Ihrem Auftrag in regelmäßigen Abständen jeweils Teile Ihres angesparten Fondsvermögens in risikoärmere Anlagen umschichten. Das Ablaufmanagement erfolgt mechanisch, d.h. unabhängig von der Entwicklung des Kapitalmarktes. Weitere Informationen und Erläuterungen erhalten Sie mit unserem Schreiben.

(5) Haben Sie das Ablaufmanagement aktiviert, können Sie dieses jederzeit deaktivieren. Informieren Sie uns in Textform bitte zwei Wochen im Voraus. Eine erneute Aktivierung ist gegen eine Gebühr möglich.

(6) Aktivieren Sie das automatische Ablaufmanagement nicht, werden wir Sie erneut fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn und anschließend jährlich über die Möglichkeit des automatischen Ablaufmanagements sowie der Nutzung der kostenlosen Fondswechsel zur Umschichtung Ihres Fondsvermögens in risikoärmere Anlagen informieren. Sie können dann zu jedem Monatsersten das automatische Ablaufmanagement aktivieren.

§ 9
Abschluss- und Vertriebskosten

(1) Mit dem Abschluss Ihres Vertrages und mit Beitragserhöhungen sowie Ergänzungszahlungen während der Vertragslaufzeit sind Kosten verbunden. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren analog § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. § 169 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden auf die Laufzeit Ihres Vertrages verteilt.

(4) Für Ergänzungszahlungen werden die Abschluss- und Vertriebskosten beitragsproportional aus der Ergänzungszahlung entnommen.

(5) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangsphase Ihres Vertrages zunächst nur ein geringes Fondsvermögen und damit auch ein geringer Rückkaufswert vorhanden sind. Bitte beachten Sie, dass daher eine Kündigung oder Beitragsfreistellung mit finanziellen Nachteilen verbunden sein kann (vgl. §§ 10 und 12). Sprechen Sie vorher mit uns.

§ 10
Rückkaufswert - Kündigung

(1) Sie können den Vertrag jederzeit bis zum Rentenbeginn zum nächsten Monatsersten kündigen. Damit erlischt Ihr Vertrag.

(2) Im Falle einer Kündigung zahlen wir
- den Rückkaufswert (vgl. Absatz 3)
- vermindert um einen Abzug, dessen absoluten Wert Sie der in Ihren Vertragsunterlagen enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen können (vgl. Absatz 4).

Höchstens wird jedoch die vertragliche Leistung im Todesfall ausgezahlt.

(3) Der Rückkaufswert ist nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz der Zeitwert des Fondsvermögens. Er entspricht jedoch mindestens dem Zeitwert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 9 Abs. 2) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

(4) Von dem nach Absatz 3 ermittelten Wert nehmen wir einen Abzug vor. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen.

Bei der Festlegung des Abzugs wurden folgende Umstände berücksichtigt:

a. Bei einer Kündigung entstehen höhere Bearbeitungsaufwendungen als bei einem regulären Vertragsablauf.
b. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird im Rahmen eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Versicherungsgemeinschaft hierdurch kein Nachteil entsteht.
c. Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss Ihr Vertrag seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und werden deshalb im Rahmen des Abzugs in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages ausgeglichen. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Abzugs 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.
Nähere Informationen zur Höhe des vorgesehenen Abzugs können Sie der in Ihren Versicherungsunterlagen enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen.

(5) Der Auszahlungsbetrag ist auf die vertragliche Leistung im Todesfall begrenzt. Der Differenzbetrag zwischen dem um den Abzug verminderten Rückkaufswert und der vertraglichen Leistung im Todesfall verbleibt beitragsfrei bis zum Rentenbeginn in Ihrem Vertrag, jedoch ohne weiteren Schutz im Todesfall und bei Berufsunfähigkeit.

(6) Eine Erstattung der von Ihnen eingezahlten Beiträge können Sie bei einer Kündigung nicht verlangen.

(7) Nach Beginn einer Teilrente beziehen sich die eben genannten Regelungen auf den Vertragsteil, für den noch keine Rente bezogen wird.

(8) Da die Kursentwicklung der Fondsanteile nicht vorauszusehen ist, können wir Ihnen den Rückkaufswert der Höhe nach nicht garantieren. Den Bewertungsstichtag für Ihre Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang I.

(9) Eine Kündigung kann mit finanziellen Nachteilen verbunden sein. In der Anfangsphase Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 9 Abs. 2) zunächst nur ein geringes Fondsvermögen und damit auch ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren erreicht der Rückkaufswert nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.

(10) Auf Wunsch übertragen wir Ihnen statt des Auszahlungsbetrags die entsprechenden Fondsanteile (Naturalleistung) gegen eine Gebühr auf ein geeignetes Depotkonto Ihrer Wahl. Über die Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

(11) Wenn Sie Ihre Versicherung nur teilweise kündigen wollen, steht Ihnen die Möglichkeit der Teilauszahlung gem. § 11 zur Verfügung, die Sie mit einer gleichzeitigen Beitragsreduktion gem. § 12 Abs. 2 kombinieren können.

§ 11
Teilauszahlung

(1) Vor Rentenbeginn können Sie gegen eine Gebühr aus dem Fondsvermögen eine Teilauszahlung verlangen, jedoch höchstens in Höhe der vertraglichen Leistung im Todesfall. Eine Teilauszahlung kann zu jedem Monatsersten erfolgen. Sofern Sie Ihre Beiträge nicht monatlich entrichten, ist während der Beitragszahlungsdauer eine Teilauszahlung nur zu Beitragsfälligkeitsterminen möglich. Die Teilauszahlung muss mindestens 1.000 EUR betragen. Auf Wunsch übertragen wir Ihnen die gewählten Fondsanteile (Naturalleistung) gegen eine Gebühr auf ein geeignetes Depotkonto Ihrer Wahl. Bitte beantragen Sie die Teilauszahlung mindestens zwei Wochen im Voraus in Textform.

(2) Den Bewertungsstichtag für die Entnahme Ihrer Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang I.

(3) Das im Vertrag verbleibende Fondsvermögen muss

- bei beitragspflichtigen Verträgen mindestens die Höhe eines Jahresbeitrages, mindestens aber 1.000 EUR,
  bzw.
- mindestens 3.000 EUR bei beitragsfreien Verträgen betragen.

(4) Die Auszahlung unserer Leistung im Todesfall vor Rentenbeginn verringert sich um den Betrag der Teilauszahlung.

(5) Durch eine Teilauszahlung ändert sich die Höhe der zu zahlenden Beiträge nicht.

(6) Über Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

§ 12
Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung

(1) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie für die Dauer von drei bis 36 Monaten gegen eine Gebühr zum nächsten Fälligkeitstermin eine Zahlungsunterbrechung in Textform verlangen. Das erforderliche Mindestfondsvermögen muss mindestens der Summe der durch die Zahlungsunterbrechung entfallenden Beiträge entsprechen.
Bei einer vereinbarten Zahlungsunterbrechung bleibt der Schutz der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit - sofern vereinbart - bestehen. Die durch eine Zahlungsunterbrechung entfallenden Beiträge werden wir nicht nachträglich einfordern. Wenn Sie nach der Zahlungsunterbrechung die Zahlungen wieder aufnehmen, haben Sie die Möglichkeit Ihre Beitragssumme vor Zahlungsunterbrechung durch eine Ergänzungszahlung (vgl. Teil B: § 6) oder durch Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge wiederherzustellen. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

(2) Sie können auch zum nächsten Fälligkeitstermin Ihre Beitragszahlung gegen eine Gebühr vermindern. Der Beitrag darf dabei jedoch 25 EUR, die Beitragssumme 3.600 EUR nicht unterschreiten.

(3) Sie können ferner mit Wirkung zum nächsten Fälligkeitstermin Ihre Beitragszahlung ganz einstellen. Bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages erheben wir einen Abzug. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen.

Bei der Festlegung des Abzugs wurden folgende Umstände berücksichtigt:

a. Bei einer Beitragsfreistellung entstehen höhere Bearbeitungsaufwendungen als bei einem regulären Vertragsverlauf.
b. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird im Rahmen eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Versicherungsgemeinschaft hierdurch kein Nachteil entsteht.
c. Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss Ihr Vertrag seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Beitragsfreistellung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren und werden deshalb im Rahmen des Abzugs in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages ausgeglichen. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Abzugs tragen wir. Haben wir diesen Nachweis erbracht, können Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen aus-

nahmsweise nicht oder nur teilweise zutreffen. Ist dies bezogen auf Ihren Vertrag der Fall, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Abzug.
Nähere Informationen zur Höhe des vorgesehenen Abzugs können Sie der in Ihren Versicherungsunterlagen enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen.

Erreicht das Fondsvermögen nicht den Mindestwert von 3.000 EUR, so erstatten wir Ihnen den Auszahlungsbetrag nach § 10 Abs. 2 und Ihr Vertrag endet.

(4) Die Leistung im Todesfall passt sich der Beitragsänderung an.

(5) Für den Schutz der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit - sofern vereinbart - legen wir den reduzierten Beitrag zugrunde. Im Falle der Beitragsfreistellung entfällt folglich der Schutz der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

(6) Eine Beitragsänderung in diesem Sinne kann grundsätzlich mit finanziellen Nachteilen verbunden sein. Durch eine Beitragsänderung steht zur Verrentung ein entsprechend geringeres Fondsvermögen zur Verfügung. In der Anfangsphase des Vertrages ist wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 9 Abs. 2) zunächst nur ein geringes Fondsvermögen vorhanden, so dass der notwendige Mindestwert des Fondsvermögens für eine Beitragsfreistellung oder Zahlungsunterbrechung nicht erreicht werden kann. In diesem Fall erstatten wir Ihnen einen eventuell vorhandenen Auszahlungsbetrag bei Kündigung und Ihr Vertrag erlischt.

(7) Nach Beginn einer Beitragsfreistellung oder Beginn einer Beitragsreduktion haben Sie unter Beachtung der unten genannten Fristen die Möglichkeit die Beitragszahlung bis zur Höhe des Beitrags vor Beginn der Beitragsfreistellung wiederaufzunehmen bzw. Ihren Beitrag wieder bis zur Höhe des Beitrags vor Beginn der Beitragsreduktion anzuheben. Haben Sie einen Berufsunfähigkeitsschutz eingeschlossen, ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlung oder die Beitragserhöhung nur möglich, sofern die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist und keine Krankschreibung im Sinne von § 4 Abschnitt VI. Abs. 4 besteht.
Bitte beachten Sie folgende Fristen für die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und die Beitragserhöhung:

- Nach einer Beitragsreduktion können Sie bis zur Vollendung Ihres 50. Lebensjahres jederzeit den Beitrag wieder erhöhen.
- Nach Vollendung Ihres 50. Lebensjahres können Sie den Beitrag nur dann wieder erhöhen, wenn seit der Beitragsreduktion nicht mehr als 36 Monate vergangen sind.
- Bei Beitragsfreistellung ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nur innerhalb von 36 Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung möglich.
- Haben Sie einen Berufsunfähigkeitsschutz eingeschlossen, so ist sowohl bei Beitragsreduktion als auch bei Beitragsfreistellung die Wiederaufnahme der Beitragszahlung bzw. die Beitragserhöhung nur innerhalb von 36 Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung bzw. der Beitragsreduktion möglich. Innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung oder Beginn der Beitragsreduktion ist keine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Nach Ablauf von 6 Monaten ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

Über die konkreten Auswirkungen der Wiederaufnahme der Beitragszahlung oder der Beitragserhöhung werden wir Sie im Einzelfall informieren.

Wenn Sie nach einer beitragsfreien Zeit die Zahlungen wieder aufnehmen oder nach einer Beitragsreduktion Ihren Beitrag wieder erhöhen, haben Sie die Möglichkeit Ihre Beitragssumme vor Beitragsfreistellung bzw. Beitragsreduktion durch eine Ergänzungszahlung (vgl. Teil B: § 6) oder durch Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge wiederherzustellen.

§ 13 Policendarlehen

(1) Vor Rentenbeginn können Sie gegen eine Gebühr ein Policendarlehen beantragen. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung eines Policendarlehens besteht nicht.

(2) Weitere Regelungen ergeben sich aus dem später abzuschließenden Policendarlehensvertrag. Über Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

Teil B: Allgemeine Bestimmungen

§ 1
Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Schutz im Todesfall und - sofern vereinbart - der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit beginnt mit Zugang der Police, jedoch nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der in der Police als Versicherungsbeginn angegeben ist.

§ 2
Beitragszahlung

I. Erster Beitrag

(1) Bitte bezahlen Sie Ihren ersten Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Zugang der Police. Sollten wir in der Police einen späteren Fälligkeitstermin vereinbart haben, so bezahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin. Beachten Sie ferner, dass der Versicherungsschutz von Anfang an wegfällt, wenn Sie die Zahlungsfristen schuldhaft versäumen.

(2) Außerdem sind wir in diesem Fall berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden, empfehlen wir Ihnen, am Lastschriftverfahren teilzunehmen. Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

Haben Sie Ihren ersten Beitrag gezahlt, so sind die später fälligen Beiträge ebenfalls unverzüglich an den Fälligkeitsterminen zu entrichten. Sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Falls die Zahlung zum Fälligkeitstag bei Ihnen in Vergessenheit gerät, werden wir Sie durch eine Mahnung, die bestimmten gesetzlichen Anforderungen entspricht (§ 38 Versicherungsvertragsgesetz), zur Zahlung auffordern. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Bezahlen Sie die rückständigen Beiträge nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.
Wir behalten uns außerdem das Recht vor, einen anderen Bewertungsstichtag zugrunde zu legen (siehe Anhang I).

§ 3
Gebühren

Für Geschäftsvorfälle, die aus von Ihnen veranlassten Gründen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursachen, erheben wir eine pauschale Gebühr. Die Höhe der Gebühr entspricht den in solchen Fällen im Durchschnitt anfallenden Kosten und wird Ihrem Fondsvermögen entnommen. Dies gilt beispielsweise bei

- Erstellung einer Ersatzurkunde für die Police
- schriftlicher Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufern im Lastschriftverfahren
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Bearbeitung von Abtretungen, Verpfändungen und Pfändungen.

Die Beweislast für die Angemessenheit einer Gebühr tragen wir. Haben wir diesen Nachweis erbracht, können Sie uns nachweisen, dass die von uns getroffenen Annahmen ausnahmsweise nicht oder nur teilweise zutreffen. Ist dies bezogen auf Ihren Vertrag der Fall, erheben wir keine oder nur entsprechend reduzierte Gebühren.

§ 4
Dynamische Erhöhungen Ihres Vertrages - Beitragserhöhungen ohne Gesundheitsprüfung

(1) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung Ihres Vertrages erhöhen sich Ihre Beiträge und unsere Leistungen, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig wird.

(2) Die Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen erfolgen jeweils zum Stammtag. Die erste Erhöhung nach Versicherungsbeginn erfolgt dabei frühestens nach Ablauf eines vollen Jahres.

(3) Sie können innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin auf die Beitragserhöhung verzichten.

(4) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung ist der Verzicht auf Erhöhung an zwei aufeinanderfolgenden Erhöhungsterminen möglich. Verzichten Sie auch am dritten Erhöhungstermin in Folge auf die Erhöhung, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Es kann jedoch erneut beantragt werden.

(5) Falls keine Befristung der Dynamik vereinbart wurde, erfolgt die letzte Erhöhung spätestens im letzten Jahr der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht nach dem 67. Lebensjahr der versicherten Person. Auch in der Auflösungsphase und in der Verlängerungsphase erfolgen keine Erhöhungen mehr.

(6) Sobald Sie Leistungen aus der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit erhalten, erlischt das Recht auf Erhöhungen. Es kann nach einer Wiedererlangung der Berufsfähigkeit erneut beantragt werden. Diese Regelungen gelten sinngemäß bei Leistungen wegen Krankschreibung.

(7) Bitte entnehmen Sie Ihrer Police die Vereinbarungen. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

§ 5
Außerplanmäßige Beitragserhöhungen

(1) Sie können einmal pro Kalenderjahr bis zu fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin Ihren Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Die erste Erhöhung kann frühestens 5 Jahre nach Vertragsbeginn durchgeführt werden.

(2) Informieren Sie uns bitte in Textform, wenn Sie eine außerplanmäßige Beitragserhöhung vornehmen möchten.

(3) Für die Beitragserhöhung gelten folgende Grenzen:

- Bei jeder außerplanmäßigen Beitragserhöhung muss sich der Beitrag um mindestens 60 EUR und um maximal 300 EUR pro Jahr erhöhen.
- Die Summe aller außerplanmäßigen Beitragserhöhungen darf insgesamt 50 % des zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitrags nicht übersteigen.

(4) Sofern Sie die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit mitversichert haben, erlischt das Recht auf außerplanmäßige Erhöhungen sobald die versicherte Person berufsunfähig wird. Es kann nach einer Wiedererlangung der Berufsfähigkeit erneut beantragt werden. Außerplanmäßige Erhöhungen, die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit vorgenommen werden, gelten rückwirkend zum Vornahmezeitpunkt als nicht vereinbart. In diesem Fall werden wir den auf diese außerplanmäßige Erhöhung entfallenden Teil der Prämien erstatten.

Das gleiche gilt sinngemäß, falls die versicherte Person Leistungen wegen Krankschreibung erhält.

(5) Nach einer außerplanmäßigen Beitragserhöhung beziehen sich weitere dynamische Erhöhungen gemäß § 4 auf den Beitrag nach erfolgter außerplanmäßiger Beitragserhöhung.

§ 6
Ergänzungszahlung

(1) Sie haben das Recht bis zu zwölfmal pro Kalenderjahr eine Ergänzungszahlung ohne erneute Gesundheitsprüfung vorzunehmen, sofern Sie keine Leistung aus der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Leistung wegen Krankschreibung erhalten. Eine Ergänzungszahlung kann zu jedem Monatsersten erfolgen. Sofern Sie Ihre Beiträge nicht monatlich entrichten, ist während der Beitragszahlungsdauer eine Ergänzungszahlung nur zu Beitragsfälligkeitsterminen möglich.

(2) Informieren Sie uns bitte in Textform, wenn Sie eine Ergänzungszahlung vornehmen möchten.

(3) Für die Ergänzungszahlung gelten folgende Grenzen:

- Die Ergänzungszahlung muss mindestens 500 EUR betragen.
- Eine einzelne Ergänzungszahlung darf maximal 50.000 EUR betragen. Die Summe aller Ergänzungszahlungen darf insgesamt 100 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten bzw. der durch die dynamischen und außerplanmäßigen Erhöhungen erreichten Beitragssumme nicht übersteigen. Die Summe aller Ergänzungszahlungen darf jedoch höchstens 200 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitragssumme betragen.

(4) Die Auszahlung unserer Leistung im Todesfall vor Rentenbeginn erhöht sich um den Betrag der Ergänzungszahlung.

(5) Die sich jeweils aus einer Ergänzungszahlung zusätzlich ergebende Rentenleistung wird aus den zu Rentenbeginn gültigen Rechnungsgrundlagen gem. Teil A: § 4 Abschnitt I Abs. 1 ermittelt. Die in Teil A: § 4 Abschnitt I Abs. 2 beschriebene garantierte Mindestrente je 10.000 EUR Fondsvermögen gilt jedoch auch für die Leistung aus der Ergänzungszahlung.

(6) Die Ergänzungszahlung investieren wir in die von Ihnen gewählten Fonds. Den Bewertungsstichtag entnehmen Sie bitte dem Anhang I. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

§ 7
Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Das bedeutet vor allem, dass Sie vor Abschluss oder Änderung des Vertrages alle Fragen, die wir oder unser Agent in Textform insbesondere zu Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

(2) Ist das Leben einer anderen Person versichert worden, so wird Ihnen das Wissen dieser Person wie eigenes zugerechnet.

II. Rücktritt

(1) Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn Sie bzw. der Anspruchsberechtigte nachweisen, dass der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - geschlossen worden wäre.

(2) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn wir den Rücktritt erst nach Eintritt des Leistungsfalls erklärt haben und Sie bzw. der Anspruchsberechtigte nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Gefahrumstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Leistungsfalls oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Wird die Versicherung durch einen Rücktritt aufgehoben, erstatten wir Ihnen den Rückkaufswert gemäß § 169 VVG abzüglich des bei Kündigung oder Beitragsfreistellung fällig werdenden Abzugs. Ein Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge besteht nicht.

III. Kündigung

(1) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist, können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - geschlossen hätten.

(2) Im Falle einer Kündigung wird Ihr Vertrag beitragsfrei gestellt.

(3) Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Kündigung gem. § 19 Abs. 3 VVG.

IV. Vertragsanpassung

(1) Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - aber zu anderen Bedingungen - geschlossen, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf die gem. §19 Abs. 4 VVG bestehende Möglichkeit, die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden zu lassen.

(2) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer diesbezüglichen Mitteilung fristlos kündigen.

V. Ausübung unserer Rechte

(1) Die oben genannten Rechte zu Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung können wir nur innerhalb der ersten fünf Jahre seit Vertragsbeginn ausüben. Ist ein Leistungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Bei vorsätzlicher oder arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht beträgt die Frist zehn Jahre.

(2) Die Ausübung unserer Rechte muss allerdings innerhalb eines Monats schriftlich erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen.

(3) Die Fristen gelten bei Wiederherstellung der Versicherung oder bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung entsprechend.

VI. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt hierneben unberührt.

VII. Erklärungsempfänger

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

§ 8
Leistungsempfänger

(1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner oder an Ihre Erben, es sei denn, Sie haben eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt.

(2) Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir gegen Vorlage der Police. Wir werden allerdings nicht an den Inhaber der Police leisten, wenn Zweifel an seiner Berechtigung bestehen.

§ 9
Bezugsberechtigung

(1) Sie können jederzeit eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt bezeichnen.

(2) Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht auch jederzeit widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.

(3) Sie können aber 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 der Widerruf des Bezugsrechts nun ausgeschlossen ist. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann das Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der von Ihnen begünstigten Person geändert werden.

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechtes werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns in Textform angezeigt worden sind.

§ 10
Abtretung - Verpfändung

Sie können die Ansprüche aus dem Vertrag gegen eine Gebühr abtreten oder verpfänden. Dies wird uns gegenüber erst dann wirksam, wenn wir von der Abtretung oder Verpfändung in Textform in Kenntnis gesetzt worden sind.

§ 11
Nachweise im Leistungsfall

I. Im Rentenfall

(1) Bei Rentenbeginn reichen Sie bitte Ihre Police ein.

(2) Wir können vor jeder Rentenzahlung auf unsere Kosten ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

(3) Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

(4) Diese Regelungen gelten auch für jede Teilrente.

II. Im Todesfall

(1) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

(2) Außerdem reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:

- die Police,
- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde.

(3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen oder erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht. Wir tragen jedoch die Kosten, wenn die Nachweise der Prüfung einer Leistungsbeschränkung dienen.

III. Bei Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung

(1) Bei Berufsunfähigkeit, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit,
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen,
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.

(2) Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(3) Wenn Leistungen wegen Krankschreibung verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden Bescheinigungen nach Anhang II Abschnitt 1 Abs. 13 eingereicht werden. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

Da gemäß Teil A: § 4 Abschnitt VI Abs. 4 zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden müssen, sind zudem gleichzeitig Unterlagen nach Absatz 1 einzureichen. Wir sind berechtigt, Leistungen wegen Krankschreibung erst dann auszuzahlen, wenn uns diese Unterlagen vorliegen.

(4) Die ärztlichen Nachweise und Bescheinigungen im Sinne von Absatz 1 zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. des Absatz 3 zu Leistungen wegen Krankschreibung müssen von einem innerhalb der EU niedergelassenen Arzt erstellt werden. Sie müssen in deutscher Sprache verfasst werden, oder diesen Nachweisen muss eine durch einen vor Gericht zugelassenen Übersetzer erstellte Übersetzung ins Deutsche beigefügt werden.
Sofern aus unserer Sicht eine Anreise aus dem Ausland erforderlich ist, übernehmen wir die mit uns abgestimmten Anreise- und Aufenthaltskosten. Wir werden aber im Einzelfall prüfen, ob von den genannten Anforderungen abgewichen und z.B. auf eine Anreise verzichtet werden kann. Insbesondere werden wir nicht auf die Anreise der versicherten Person bestehen, wenn Transportunfähigkeit besteht.

(5) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Die Untersuchungskosten und die üblichen Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir.

(6) Wir können verlangen, dass die versicherte Person Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.
Hat die versicherte Person die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir sie vor Einholung einer solchen Auskunft unterrichten; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrages, können wir von Ihnen die damit verbundenen Kosten verlangen. Die versicherte Person kann die erforderlichen Erhebungen zudem auch selbst anstellen.
Hat uns die versicherte Person die genannte Ermächtigung oder Einzeleinwilligung nicht erteilt und bringt sie die erforderlichen Informationen nicht selbst bei, kann dies zu einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Leistungsfall führen.

(7) Grundsätzlich ist die Befolgung von ärztlichen Anordnungen nicht Voraussetzung für die Anerkennung von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung.
Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und sich damit allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zur Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit und damit zur Minderung der Berufsunfähigkeit bzw. zum Wegfall der Krankschreibung zu unterziehen. Zumutbar sind Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine besonderen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche

Unversehrtheit bedeuten. Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z.B. Blutkontrollen, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (wie z.B. Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen, Stützstrümpfen) sowie logopädische Maßnahmen. Nicht unter die Schadenminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.

(8) Solange eine Mitwirkungspflicht von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls oder die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.
Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(9) Wir verpflichten uns, innerhalb von drei Wochen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen,

- Ihnen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
- weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. Einholung eines neutralen Gutachtens) einleiten werden.

Solange eine Erklärung über unsere Leistungspflicht noch aussteht, informieren wir Sie mindestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Grundsätzlich sprechen wir kein zeitlich befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht aus. Nur in begründeten Einzelfällen ist dies möglich, und zwar nur einmalig für maximal 12 Monate. Hierfür müssen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. Das befristete Anerkenntnis ist bis zum Ablauf der Frist bindend, und wir führen innerhalb dieses Zeitraums keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch. Nach Ablauf der Frist wird über unsere Leistungspflicht neu entschieden.

(10) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad, das ununterbrochene Fortbestehen der Krankschreibung oder die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nachzuprüfen. Übt die versicherte Person eine neue berufliche Tätigkeit aus, die ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer früheren Lebensstellung entspricht, so führt auch dies zum Wegfall der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit sowie wegen Krankschreibung. Dabei sind auch neu erworbene berufliche Fähigkeiten sowie neue Ausbildungen zu berücksichtigen.

(11) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des Absatzes 5 gelten entsprechend.

(12) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

§ 12
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.

§ 13
Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

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

(2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz (oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung). Eine natürliche Person kann auch Klage bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk sie zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(3) Für Ansprüche aus dem Vertrag, die wir gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz haben.

(4) Falls Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

(5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag bestimmen sich nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen (§ 195 ff. Bürgerliches Gesetzbuch, BGB) und § 15 VVG. Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist gem. § 195 BGB drei Jahre.

§ 14
An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

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

Versicherungsaufsicht

(4) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Rechtsweg

(5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Unser Beschwerdemanagement

(6) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

lv_service@gothaer.de

Anhang I

Bewertung der Fondsanteile

(1) Der Wert Ihrer Fondsanteile (Fondsvermögen) in Euro ergibt sich aus der Anzahl der Fondsanteile je Fonds multipliziert mit seinem Rücknahmekurs am Bewertungsstichtag.

(2) Der Rücknahmekurs wird täglich z.B. in vielen regionalen und überregionalen Zeitungen veröffentlicht, so dass Sie sich laufend informieren können.

(3) Als Bewertungsstichtag gilt:

- **für die Beiträge**
  der dem Fälligkeitstag Ihres Beitrags vorangegangene Börsentag. Sollte es zu einem durch Sie verursachten verzögerten Beitragseingang bei uns kommen, so behalten wir uns das Recht vor, den Beitrag mit dem Rücknahmekurs an dem Tag des Beitragseingangs in Fondsanteile umzuwandeln. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der darauf folgende Börsentag als Bewertungsstichtag zugrunde gelegt.
- **für eine Ergänzungszahlung zu Vertragsbeginn**
  der dem Fälligkeitstag Ihrer Zuzahlung vorangegangene Börsentag. Sollte es zu einem durch Sie verursachten verzögerten Zahlungseingang bei uns kommen, so behalten wir uns das Recht vor, die Zuzahlung mit dem Rücknahmekurs an dem Tag des Zahlungseingangs in Fondsanteile umzuwandeln. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der darauf folgende Börsentag als Bewertungsstichtag zugrunde gelegt.
- **bei Ergänzungszahlungen und einmaligen Zuzahlungen während der Vertragslaufzeit**
  der letzte Börsentag des Monats, in dem die Zuzahlung bei uns eingeht.
- **bei Rentenbeginn**
  der letzte Börsentag des unmittelbar vor dem Rentenbeginn liegenden Monats.
- **bei Teilrentenbeginn**
  wie bei Rentenbeginn.
- **bei Fondswechsel**
  Shift: spätestens der 2. Börsentag nach dem Tag, an dem der Shift beantragt worden ist, jedoch nicht vor dem von Ihnen genannten Termin. Benutzen Sie für Ihren Antrag unsere Fax-Nummer 0551/70157199.
  Switch: wie bei Zahlung von Beiträgen.
- **bei Rückkauf**
  der letzte Börsentag des Monats, der dem Wirksamkeitstermin der Kündigung unmittelbar vorangeht.
- **bei Beitragsfreistellung**
  der letzte Börsentag vor Inkrafttreten der Beitragsfreistellung zur Feststellung des Mindestfondsvermögens, das bei Beitragsfreistellung vorhanden sein muss.
- **bei Zahlungsunterbrechung**
  wie bei Beitragsfreistellung.
- **bei Teilauszahlung**
  der Tag, an dem die Teilauszahlung bis 12 Uhr mittags beantragt worden ist. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der auf diesen Tag folgende Börsentag als Bewertungsstichtag zugrunde gelegt. Wird die Teilauszahlung nach 12 Uhr mittags beantragt, gilt als Bewertungsstichtag der darauf folgende Börsentag. Benutzen Sie für Ihren Antrag unsere Fax-Nummer 0551/70157199.
- **bei Überschussbeteiligung während der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit**
  der Fälligkeitstermin der Überschussbeteiligung. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der auf diesen Tag folgende Börsentag als Bewertungsstichtag zugrunde gelegt.

Anhang II

Definition der Berufsunfähigkeit, der Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit, der Krankschreibung und der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherungsoption

1
Berufsunfähigkeit und Krankschreibung im Sinne der Bedingungen

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn

a. die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, tätig zu sein, und
b. sie keiner anderen, ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechenden beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung. Die Lebensstellung wird sowohl durch das Einkommen als auch durch die soziale Wertschätzung bestimmt, wie sie durch den zuletzt ausgeübten Beruf geprägt waren. Wir begrenzen die für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen auf maximal 20 %. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Einkommensminderung festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinn sein.

(2) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten sowie Studenten der Medizin und Tiermedizin auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer Infektionsgefahr Patienten zu behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt in Kopie vorzulegen. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, sofern die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Werden Leistungen aufgrund des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbracht, endet die Leistungsverpflichtung mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes oder wenn die Gründe für das vollständige Tätigkeitsverbot weggefallen sind, falls die versicherte Person imstande ist, ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe hierfür sind uns unverzüglich anzuzeigen. Die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit gelten entsprechend.

(3) Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber liegt weder Berufsunfähigkeit noch Krankschreibung vor, wenn die versicherte Person nach wirtschaftlich zumutbarer Umorganisation als Selbstständiger bzw. mitarbeitender Betriebsinhaber so weiter tätig sein könnte, dass eine Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung im Sinne der Bedingungen vermieden wird. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich sinnvoll ist und vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person auch durchgeführt werden kann. Ferner muss die bisherige Lebensstellung des Selbstständigen oder Betriebsinhabers gemäß Absatz 1 gewahrt bleiben. Für Gesellschafter-Geschäftsführer gilt dies entsprechend.
Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs, wenn

a. die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens 90% kaufmännische, leitende, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt, oder
b. der Betrieb weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt. Nicht zu den 5 Mitarbeitern zählen Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten.

(4) Bei hauptberuflich tätigen Studenten wird während des Studiums für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil der Berufe zugrunde gelegt, für die dieser Studienabschluss typischerweise Voraussetzung ist.
Bei Auszubildenden wird während der Ausbildung für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild herangezogen.
Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne allein entsprechend Absatz 1.
Die Tätigkeiten von Schülern, Hausfrauen bzw. Hausmännern sehen wir als Beruf an. Nimmt die

versicherte Person später eine Berufstätigkeit auf, ist entsprechend Absatz 1 von diesem Zeitpunkt an der ausgeübte Beruf versichert.

(5) Schüler, Bundesfreiwilligendienstleistende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfer im freiwilligen ökologischen Jahr haben bei erstmaliger Aufnahme eines Berufs, einer Ausbildung oder eines Studiums das Recht auf Vertragsanpassung. Dabei wird der Vertrag von einer der oben genannten auf die sich anschließende Tätigkeit umgestellt. Außerdem können Sie die Versicherungsdauer verlängern, sofern dies in der anschließenden Tätigkeit zulässig gemäß unserer Annahmerichtlinien ist. Der Beitrag ändert sich durch die Anpassungen.
Diese Umstufung 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 Ausübung der sich anschließenden Tätigkeit ist uns in Textform anzuzeigen.
Bei gleichbleibender Leistungsdauer erfolgt die Vertragsanpassung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Bei Verlängerung der Leistungsdauer erfolgt nach Anzeige eine obligatorische Neueinstufung des Berufs sowie eine erneute Gesundheitsprüfung. In jedem Fall bleiben bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge sowie die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bei der Umstufung unverändert bestehen.

(6) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die genannten Voraussetzungen für die vollständige Berufsunfähigkeit nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.

(7) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, tätig zu sein, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistung wegen Berufsunfähigkeit unter Beachtung von Teil A: § 4 Abschnitt VI Abs. 7 rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Die obigen Punkte zur vollständigen und teilweisen Berufsunfähigkeit gelten entsprechend.

(8) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, so gilt die zuletzt vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte Tätigkeit und die bei Ausscheiden erreichte Lebensstellung gemäß Absatz 1 als versichert.

(9) Innerhalb der Elternzeit ist die Tätigkeit versichert, die die versicherte Person vor Beginn der Elternzeit konkret ausgeübt hat. Dies gilt auch, insofern mehrere Elternzeiten ohne Unterbrechung hintereinander durchgeführt werden.

(10) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens zwei der im Folgenden genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- **Fortbewegen im Zimmer**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- **Aufstehen und Zubettgehen**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel - nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- **An- und Auskleiden**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
- **Waschen**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Wannengriffen, einem Wannenlift oder anderer technischer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
- **Verrichten der Notdurft**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann oder weil
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

(11) Unabhängig von der Pflegebedürftigkeit gem. Absatz 10, liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit auch vor, wenn bei der versicherten Person schwere Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) vorliegen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden und in deren Folge die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Verrichtungen oder kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Die schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Die Diagnose einer schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala, vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

(12) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall länger als sechs Monate so hilflos gewesen, dass sie für mindestens zwei der in Absatz 10 genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedurfte, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

(13) Als krankgeschrieben im Sinne dieser Bedingungen gilt die versicherte Person, wenn uns auf die versicherte Person ausgestellte ärztliche Bescheinigungen eingereicht werden, wie sie nach den Regelungen in § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) vorgesehen sind. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein. Diese Regelungen gelten sinngemäß für den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit bei Selbstständigen, mitarbeitenden Betriebsinhabern und Beamten.

2
Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherungsoption

(1) Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherungsoption (vgl. Teil A: § 4 Abschnitt VII) liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich länger als sechs Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens vier der im Folgenden genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- **Fortbewegen im Zimmer**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- **Aufstehen und Zubettgehen**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel - nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- **An- und Auskleiden**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
- **Waschen**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Wannengriffen, einem Wannenlift oder anderer technischer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Per-

son so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

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

  Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

(2) Unabhängig von der Pflegebedürftigkeit gem. Absatz 1, liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherungsoption auch vor, wenn bei der versicherten Person schwere Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) vorliegen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden und in deren Folge die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Verrichtungen oder kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Die schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Die Diagnose einer schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

(3) Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherungsoption liegt nicht vor, wenn diese auf einer der folgenden Ursachen beruht:

- Kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen pflegebedürftig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- Vorsätzlicher Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen, vorsätzlicher Einsatz oder vorsätzliches Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.
- Selbstverstümmelungen, selbst herbeigeführte Erkrankungen, Selbsttötungsversuche oder vorsätzliche Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind.
- Vorsätzliche Ausführung oder der strafbare Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.
- Widerrechtliche Handlungen, mit denen Sie vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.