Kundeninformationen für eine KlassikRente

der Provinzial Lebensversicherung Aktiengesellschaft
(RC 30 Stand 15.11.2025)

Inhaltsverzeichnis

- Allgemeine Bedingungen für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept
- Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept (zusätzliche Angaben)
- Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Beitragsbefreiung
- Besondere Bedingungen für die Risiko-Zusatzversicherung
- Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit
- Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option
- Besondere Bedingungen für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung
- Welche Steuerregelungen gelten für die private Rentenversicherung?
- Welche Steuerregelungen gelten für betrieblich veranlasste Lebens- und Rentenversicherungen, die keine Direktversicherungen sind, insbesondere also für Rückdeckungsversicherungen?
- Welche Steuerregelungen gelten für eine kongruent rückgedeckte Unterstützungskassenzusage?
- Internationaler Austausch von Steuerdaten über Finanzkonten
- Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept

Allgemeine Bedingungen für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept

(Stand 15.11.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhalt

Erläuterung einiger Begriffe

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

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

Ihre Pflichten
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen kann eine Verletzung der Anzeigepflicht haben? § 12
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? § 13
Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie? § 14
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens? § 15

Beitragszahlung
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? § 16
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? § 17

Kündigung und Beitragsfreistellung
Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, und welche Leistungen erbringen wir? § 18
Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder die Beitragszahlung unterbrechen (Stundung der Beiträge), und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen? § 19

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Gebühren
Wie verrechnen wir die Abschlusskosten? § 20
Welche Gebühren und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten? § 21

Sonstige Vertragsbestimmungen
Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen des Provinzial-Sicherungsfonds? § 22
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? § 23
Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren? § 24
Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche? § 25
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? § 26
Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen? § 27
Wo ist der Gerichtsstand? § 28
Wann können wir diese Bedingungen anpassen? § 29

Erläuterung einiger Begriffe

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

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

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

Der **Anteilswert** eines Fonds entspricht dem von der Kapitalanlagegesellschaft veröffentlichten jeweiligen Rücknahmepreis für den Fonds ohne Ausgabeaufschlag. Bei börsengehandelten Exchange Traded Funds (ETFs) entspricht der Anteilswert bei Kauf und Verkauf (zum Beispiel beim Erwerb von Anteileinheiten mit Ihren Beiträgen oder Umschichtungen) den jeweiligen von uns erzielten Kauf- oder Verkaufspreisen. Dabei berücksichtigen wir gegebenenfalls in Rechnung gestellte Kosten Dritter.

Die **Auszahlungsphase** beginnt mit der ersten Zahlung der lebenslangen Leibrente.

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

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

Der **Bezugsberechtigte** ist derjenige, der das Recht auf die Versicherungsleistung hat.

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

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

Die **Folgebeiträge** sind die nach der ersten Beitragsfälligkeit zu zahlenden Beiträge.

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

Das **konventionelle Teildeckungskapital** ist ein mit einer garantierten Verzinsung angelegtes Vermögen.

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

Das **rechnungsmäßige Alter** ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

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

Als **Rückkaufswert** wird ein Betrag bezeichnet, der aufgrund einer Kündigung des Vertrags anfällt.

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

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

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

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

Die **versicherte Person** ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird.

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

Das **Zusatzkapital** ist ein konventionell geführtes Deckungskapital mit einer garantierten Verzinsung.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen ab Beginn der Rentenzahlung

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

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

Vorzeitige Rentenzahlung in der Abrufphase

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

Höhe der lebenslangen Rente

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

Garantierte Rente

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

Höhe des Vertragsguthabens

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

- dem Teildeckungskapital der garantierten Kapitalabfindung,
- dem Teildeckungskapital des Zusatzkapitals (siehe § 2 Absätze 2 und 3) und
- dem Wert des Teildeckungskapitals des Provinzial-Sicherungsfonds (siehe § 2 Absätze 2 und 4), das nicht zur Sicherstellung der garantierten Kapitalabfindung benötigt wird.

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

Garantierte Kapitalabfindung

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

Kapitalabfindung

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

Rentensteigerung

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

Unsere Leistungen bei Tod der versicherten Person

(9) Wenn die versicherte Person vor dem Beginn der Rentenzahlung stirbt, zahlen wir das Vertragsguthaben und der Vertrag endet. Die konventionellen Teildeckungskapitalien mit garantierter Verzinsung ermitteln wir zum Ende des Versicherungsmonats, in dem der Todesfall eingetreten ist. Den Wert des Teildeckungskapitals des Provinzial-Sicherungsfonds ermitteln wir zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalles. Für die Feststellung der Anzahl der Fondsanteile ist der Todestag maßgeblich.

(10) Wenn die versicherte Person mit uns eine Rentengarantiezeit vereinbart hat und die versicherte Person nach dem Beginn der Rentenzahlung stirbt, zahlen wir die Rente bis zum Ende der restlichen Rentengarantiezeit. Die Rentengarantiezeit beginnt mit Fälligkeit der ersten Rente.

Stirbt die versicherte Person innerhalb der Rentengarantiezeit und ist keine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung eingeschlossen, kann anstelle der Rentenzahlung eine Abfindung gewählt werden. Das ist die Summe der - mit dem zum Rentenbeginn gültigen Rechnungszins - diskontierten ausstehenden vereinbarten Renten aus der restlichen Rentengarantiezeit. In diesem Fall zahlen wir die Abfindung und der Vertrag endet.

Stirbt die versicherte Person nach Ablauf der Rentengarantiezeit oder haben Sie keine Rentengarantiezeit vereinbart, erbringen wir bei Tod der versicherten Person keine Leistung und der Vertrag endet.

Ergänzende Regelung für die Rückdeckungsversicherungen zu einer Unterstützungskassenversorgung

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

Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss

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

Rechnungsgrundlagen bei Rentenbeginn

(13) Maßgebende Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der lebenslangen Rente sind die Rechnungsgrundlagen (z.B. Sterbetafel, Rechnungszins), die zu Beginn der Rentenzahlung für die Beitragskalkulation neu abzuschließender vergleichbarer Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung verwendet werden .

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

§ 2 Wie ermittelt sich das Vertragsguthaben?

Verwendung der Beiträge

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

Alternatives Garantiekonzept

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

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

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

Zusatzkapital

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

Wertermittlung des Provinzial-Sicherungsfonds

(4) Der Wert des Teildeckungskapitals des Provinzial-Sicherungsfonds ergibt sich durch Multiplikation der Anzahl der Fondsanteile mit dem Wert eines Fondsanteils. Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds. Werden Euro-Beträge dem Fondsguthaben zugeführt bzw. entnommen, wird bei der Umrechnung der Euro-Beträge in Fondsanteile bzw. umgekehrt der Anteilswert der Fondsanteile zugrunde gelegt. Bei Zuführungen zum Fondsguthaben ist für die Bewertung der Börsentag maßgebend, der mit dem jeweiligen Zeitpunkt der Zuführung zum Fondsguthaben zusammenfällt oder ihm folgt. Bei Entnahmen aus dem Fondsguthaben ist für die Bewertung der Börsentag maßgebend, der dem jeweiligen Zeitpunkt der Entnahme aus dem Fondsguthaben folgt. Ist dieser Tag ein börsenfreier Tag, gilt als Stichtag der darauffolgende Börsentag. Bei vorzeitigem Abruf der Rentenzahlung ist für die Bewertung der letzte Börsentag maßgebend, der mit dem Abruftermin zusammenfällt oder ihm folgt. Beginnt die Rentenzahlung am vereinbarten Rentenbeginn, ist für die Bewertung der Wert eines Fondsanteils am 21. Tag des Monats vor Beginn der Rentenzahlung maßgebend; - falls dies ein börsenfreier Tag ist, am folgenden Börsentag.

Risiken der Fondsentwicklung

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

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

Wir erläutern Ihnen,
- wie wir die Überschussbeteiligung in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2)
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können und diese auch null sein kann (Absatz 4).

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

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

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

(a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:
- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen die Verträge in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) Kapitalerträge

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

(bb) Risikoergebnis

Weitere Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die tatsächliche Lebensdauer der Versicherten kürzer ist als die bei der Beitragskalkulation zugrunde gelegte. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Verträge an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. Von diesem Risikoergebnis erhalten die Verträge mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines gegebenenfalls vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis erhalten die Verträge mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 50 % vorgeschrieben. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind als bei der Beitragskalkulation angenommen. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines gegebenenfalls vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

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

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

Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen,
- zur Abwendung eines drohenden Notstands,
- zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. (Eine Deckungsrückstellung bilden wir für jeden Vertrag, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 Absatz 3 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.)

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

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Die Höhe dieser Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich auch
- für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrags vor Rentenzahlungsbeginn,
- für den Beginn der Rentenzahlung sowie
- während der Rentenzahlung jeweils für das Ende eines Versicherungsjahres.

Während der Rentenzahlung erfolgt die Beteilung an den Bewertungsreserven über eine angemessene Erhöhung der Beteiligung an den Überschüssen.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

(a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z.B. Rentenversicherungen, Risikoversicherungen) zu Abrechnungsverbänden zusammengefasst. Abrechnungsverbände bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Innerhalb der Abrechnungsverbände haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Abrechnungsverbände nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar so, wie die Abrechnungsverbände zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben. Wenn ein Abrechnungsverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat, weisen wir ihm keine Überschüsse zu.

(b) Ihre Versicherung gehört vor Beginn der Rentenzahlung zum Gewinnverband Fondsgebundene Rentenversicherungen mit alternativem Garantiekonzept (Tarifwerk 2025) im Abrechnungsverband Fondsgebundene Lebensversicherungen.

Ab Rentenbeginn gehört die Versicherung in den Abrechnungsverband Einzelrentenversicherungen. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung der Versicherung ein M oder P, erfolgt die Einordnung in den Abrechnungsverband Gruppenrentenversicherungen.

Die Zuordnung zum Gewinnverband ist abhängig von der zu Grunde liegenden Verrentung (siehe Paragraf "Welche Leistung erbringen wir?", "Wann können Sie eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen?" und "Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Beginn der Rentenzahlung?".

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

In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses unseres Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht.

(c) Bei Beendigung Ihres Vertrags vor Beginn der Rentenzahlung (durch Tod oder Kündigung) oder zu Beginn der Rentenzahlung gilt Folgendes:

Wir teilen Ihrem Vertrag den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach der jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Regelung zu. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Nach dem Beginn der Rentenzahlung erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven über eine angemessene Erhöhung der Beteiligung an den Überschüssen.

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

(d) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Beträge aus der Überschussbeteiligung ergeben sich aus den als Anlage beigefügten "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept (zusätzliche Angaben)". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen.

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

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

Wir informieren Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

§ 4 Wer erhält die Leistungen?

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

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

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

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

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

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags in Textform oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der erste Beitrag oder Einmalbeitrag zu zahlen (siehe § 16 Absatz 3). Wenn dieser Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt ist, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet (siehe § 17 Absatz 3).

§ 6 Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?

(1) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns des Vertrags und endet mit Ablauf des Tages, der dem folgenden Jahrestag vorangeht. Ein Versicherungsjahr ist in Versicherungsperioden unterteilt.

Während der Rentenbezugszeit beginnt ein Versicherungsjahr am Jahrestag des Beginns der Rentenzahlung und endet mit Ablauf des Tages, der dem folgenden Jahrestag vorangeht.

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

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

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

(1) Sie können zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn oder zu einem der Abruftermine verlangen, dass wir anstelle der jeweiligen Rente eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zahlen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person
- das 62. Lebensjahr vollendet hat und
- pflegebedürftig im Sinne unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" ist. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit errechnet sich unter Berücksichtigung des zu diesem Termin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person und aus dem am letzten Börsentag vor Beginn der Rentenzahlung vorhandenen Vertragsguthaben.

(2) Wir zahlen die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit lebenslang.

(3) Die Berechnung der erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit erfolgt unter Verwendung der Rechnungsgrundlagen, die zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an sofort beginnenden Rentenversicherungen wegen Pflegebedürftigkeit Anwendung finden. Wenn wir zu Beginn der Rentenzahlung für den Neuzugang keine sofort beginnende Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit anbieten, werden wir nach den dann gültigen Rechtsvorschriften und nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechende Rechnungsgrundlagen zur Verfügung stellen.

(4) Die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit muss den Mindestbetrag der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept -" festgelegt ist, erreichen.

(5) Ihre Anforderung der erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit muss spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung bei uns eingegangen sein. Andernfalls beginnt die Rentenzahlung erst am folgenden Monatsersten.

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

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

Kapitalleistung vor Beginn der Rentenzahlung

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

Anstelle der vollständigen Kapitalleistung können Sie auch eine Teilkapitalleistung verlangen. In diesem Fall werden die Leistungen der Hauptversicherung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herabgesetzt. Die Teilkapitalleistung können Sie nur verlangen, wenn sowohl dieser Betrag den Mindestbetrag für Teilauszahlungen nach unseren "Bestimmungen über

Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" als auch das verbleibende Vertragsguthaben den dort aufgeführten Mindestbetrag erreichen. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen, sind nach Inanspruchnahme der Kapital- bzw. Teilkapitalleistung die Beiträge in unveränderter Höhe weiter zu entrichten.

Kapitalleistung nach Beginn der Rentenzahlung

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

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

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

Fälligkeit der Kapitalleistung

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

Mitwirkungspflichten

(4) Ihre Mitwirkungspflichten für den Bezug der vorstehend genannten Leistungen sind in § 13 geregelt.

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

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

Teilauszahlung

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

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

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

Vorzeitige Rentenzahlung in der Aufschubzeit

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

Die Todesfallleistung nach Beginn der vorzeitigen Rentenzahlung ist
- die ursprünglich vereinbarte Rentengarantiezeit bzw.
- das nach Tod vorhandene Kapital, wenn Sie nach § 10 Absatz 5 für den Todesfall die Restkapitalrückgewähr gewählt haben.

Zuzahlungen

(3) Sie können bis zum Beginn der Rentenzahlung weitere Beiträge (Zuzahlungen) entrichten, sofern die Summe der auf ein Kalenderjahr entfallenden Zuzahlungen den Höchstbetrag nicht überschreitet und die einzelne Zuzahlung den Mindestbetrag von 250 EUR nicht unterschreitet. Den Höchstbetrag finden Sie in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängigen Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept". Für Zuzahlungen außerhalb dieser Grenze müssen wir unsere Zustimmung gesondert erklären.

Jede Zuzahlung erhöht nach Abzug der tariflich festgelegten Abschluss- und Vertriebskosten sowie einmaligen Verwaltungskosten die Leistungen der Hauptversicherung. Die Erhöhung der Leistungen erfolgt zum Ersten des Monats, der auf den Eingang der Zuzahlung folgt. Die Leistungen der Hauptversicherung berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Dabei berechnen wir die neue garantierte Rente mit den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen.

Späterer Rentenbeginn

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

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

Der Aufschub gilt nicht für eingeschlossene Zusatzversicherungen.

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

Guthabenschutz

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

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

Teilkapitalabfindung

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

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

Abgekürzte Rentenzahlung

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

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

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

Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

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

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

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

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

Änderung der Todesfallleistung

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

Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr

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

Hybridrente

(6) Zu Beginn der Rentenzahlung haben Sie die Möglichkeit, für den Rentenbezug eine Hybridrente zu wählen, wenn diese Verrentungsart zu diesem Zeitpunkt im Neugeschäft von uns angeboten wird.

Hierbei ermitteln wir die Höhe der Rente unter Verwendung eines geeigneten Umschichtungsverfahrens vergleichbar mit dem im § 2 Absatz 2. Einzelheiten regeln die für diese Verrentungsart zum Einschlusszeitpunkt gültigen Versicherungsbedingungen, die wir Ihnen vor Wahl dieser Verrentungsart zur Verfügung stellen.

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

Kapitalentnahme

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

Der Höchstentnahmebetrag entspricht der Summe der - mit dem zum Rentenbeginn gültigen Rechnungszins - diskontierten ausstehenden vereinbarten Renten aus der restlichen Rentengarantiezeit bzw. der Todesfallleistung. Der Mindestentnahmebetrag

darf den Mindestwert der Kapitalentnahme nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängigen Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" nicht unterschreiten.

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

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

Ihr Antrag auf Kapitalentnahme muss spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt der Kapitalentnahme durch eine Mitteilung in Textform bei uns eingegangen sein.

Rente wegen Pflegebedürftigkeit (nach Beginn der Rentenzahlung)

(2) Wird die versicherte Person während der Rentengarantiezeit pflegebedürftig im Sinne unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" und ist keine Hinterbliebenen-Zusatzversicherung eingeschlossen, können Sie verlangen, dass wir anstelle der Auszahlung der Kapitalentnahme (siehe Absatz 1) den Kapitalentnahmebetrag zu einem Monatsersten in eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit umwandeln. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat und wir zum Zeitpunkt der gewünschten Umwandlung ein mit dieser Option vergleichbares Produkt für sofort beginnende Rentenversicherungen wegen Pflegebedürftigkeit im Rahmen unseres Neugeschäfts anbieten..

Bei der Berechnung der Rente wegen Pflegebedürftigkeit finden die für das entsprechende Produkt genutzten Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation Verwendung. Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus dem Kapitalentnahmebetrag unter Berücksichtigung des zu diesem Termin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person.

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

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

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

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

Ihr Antrag auf Zahlung einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit muss uns spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung vorliegen. Ihre Mitwirkungspflichten für den Bezug der vorstehend genannten Leistungen sind in § 13 geregelt.

Ihre Pflichten

§ 12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen kann eine Verletzung der Anzeigepflicht haben?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

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

Folgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir nach §§ 19 bis 22 VVG verschiedene Rechte. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir
- von der Zusatzversicherung zurücktreten (Absätze 5 bis 7),
- die Zusatzversicherung kündigen (Absätze 8 bis 10),
- die Zusatzversicherung ändern (Absätze 11 und 12) oder
- die Zusatzversicherung wegen arglistiger Täuschung anfechten (Absatz 17 bis 19)

und wie wir diese Rechte ausüben können (Absätze 13 bis 16).

Rücktritt

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

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgenden Voraussetzungen trotzdem bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der weder
- für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch

- für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

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

(7) Wenn die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, endet sie. Wir zahlen den gegebenenfalls vorhandenen Rückkaufswert Ihrer Zusatzversicherung, jedoch unter Berücksichtigung der vollen Abschlusskosten. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Beitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 6 Absatz 2) nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir die Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben weder Sie noch die (mit)versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

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

(10) Wenn wir die Zusatzversicherung kündigen, wandelt sie sich mit der Kündigung in einen beitragsfreien Vertrag um (siehe § 19).

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir die Zusatzversicherung - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die (mit)versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, die Zusatzversicherung ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 6 Absatz 2) anzupassen.

(12) Sie können die Zusatzversicherung innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir
- im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag für die Zusatzversicherung um mehr als 10 % erhöhen oder
- den Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht weisen wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hin.

Ausübung unserer Rücktritts-, Kündigungs- und Änderungsrechte

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

(14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

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

Anfechtung wegen arglistiger Täuschung

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

(18) Im Fall der Anfechtung haben Sie keinen Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Die Zusatzversicherung wird aufgehoben. Absatz 7 gilt entsprechend.

(19) Wir können die Zusatzversicherung nur innerhalb eines Jahres anfechten. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der arglistigen Täuschung Kenntnis erlangen. Unser Recht zur Anfechtung erlischt, wenn seit der arglistigen Täuschung zehn Jahre vergangen sind.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Zusatzversicherung

(20) Die Absätze 1 bis 19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz der Zusatzversicherung nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Zusatzversicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

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

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

Allgemeine Mitwirkungspflichten

(1) Wird eine Leistung aus diesem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person vorgelegt sowie die Auskunft nach § 14 gegeben wird.

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

(3) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Dies gilt auch, wenn für den Todesfall keine Leistung vereinbart wurde.

Wenn für den Todesfall eine Leistung vereinbart wurde, muss uns zusätzlich eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

(4) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies zur Klärung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Leistungen wegen schwerer Krankheit

(5) Wird eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit nach § 8 verlangt, ist uns eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über Beginn und Verlauf der Krankheit vorzulegen.

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

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

(7) Bei einer erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 7 bzw. bei einer Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 11 Absatz 2 sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland,
  oder - falls ein Bescheid noch nicht vorliegt - zunächst die medizinischen Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung bzw. der MEDICPROOF GmbH für die private Pflegepflichtversicherung.

(8) Besteht keine gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung oder haben sich die gesetzlichen Definitionen für die Pflegebedürftigkeit seit Vertragsabschluss geändert, sind uns folgende Unterlagen unverzüglich einzureichen:
- ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken u. ä., die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Folgen und voraussichtliche Dauer der vorliegenden Erkrankung/en, sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
  vonseiten des behandelnden Arztes eine detaillierte - insbesondere auch zeitliche - Darstellung und Begründung des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den alltäglichen Verrichtungen sowie von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
  vonseiten der pflegenden Person oder der mit der Pflege betrauten Einrichtung eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege.

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

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

Fälligkeit der Leistungen und Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflichten

(9) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 8 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann dazu führen, dass unsere Leistung nicht oder nur teilweise fällig wird.

Kosten

(10) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.

(11) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraum "SEPA" (dieser umfasst derzeit die Europäische Union, Island, Norwegen, die Schweiz, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Andorra, den Staat Vatikanstadt und das Vereinigte Königreich) trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 14 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung oder Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag bzw. zu Ihrer Person verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Derzeit bestehen insbesondere folgende Mitteilungspflichten aufgrund gesetzlicher Regelungen:

(a) Steuer

Sie müssen uns alle Umstände mitteilen, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie dem Merkblatt "Internationaler Austausch von Steuerdaten über Finanzkonten" in dieser Kundeninformation entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes:

Wir melden Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden, soweit eine entsprechende gesetzliche Verpflichtung besteht. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

Eine Pflichtverletzung kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

(b) Geldwäsche-Gesetz

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

Kommen Sie Ihrer Offenlegungs- und Informationspflicht nicht oder nicht wahrheitsgemäß nach, müssen wir dies der zuständigen Behörde melden.

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

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

Beitragszahlung

§ 16 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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

Darüber hinaus können Sie Zuzahlungen nach § 9 Absatz 3 entrichten.

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

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

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Laufzeit des Vertrags und dem bei Vertragsabschluss gültigen Tarif.

(3) Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode (siehe § 6 Absatz 2) fällig. Die Beitragszahlungsdauer endet spätestens mit Beginn der Rentenzahlung.

(4) Die Beiträge können nur im Lastschriftverfahren gezahlt werden. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab. Zuzahlungen können nur im Lastschriftverfahren jeweils zum Monatsersten von dem uns angegebenen Konto abgebucht werden.

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe § 16 Absatz 3) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn

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

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

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag

(2) Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Ist der erste Beitrag oder der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

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

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

(6) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklä-

ren. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

(7) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie allerdings nur
- innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder
- innerhalb eines Monats nach Fristablauf, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist.

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

Umgang mit Zahlungsschwierigkeiten
(8) Können Sie fällige Beiträge nicht zahlen, bieten wir Ihnen umfassende Möglichkeiten zur Anpassung Ihrer Beitragszahlung. Nähere Informationen hierzu finden Sie in § 19. Sie können sich jederzeit an uns wenden. Gemeinsam können wir dann klären, welche Lösungsmöglichkeiten für Sie infrage kommen.

Kündigung und Beitragsfreistellung

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

Nachteile einer Kündigung
(1) In der Anfangszeit ihres Vertrags ist der bei einer Kündigung zu zahlende Rückkaufswert in der Regel deutlich niedriger als die Summe der bis zu diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge. Das liegt zum einen an der Verrechnung der Abschlusskosten und zum anderen daran, dass dem Vertragsguthaben nur die um die Vertriebskosten sowie die beitragsabhängigen Verwaltungskosten verminderten Beitragsteile zufließen (siehe § 2 Absatz 1) und dem Vertragsguthaben die - von der Höhe des Vertragsguthabens abhängigen - Verwaltungskosten entnommen werden (siehe § 2 Absatz 1).

Auch in den Folgejahren kann der Rückkaufswert insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds niedriger sein als die Summe der bis zu diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge.

Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und ihrer Höhe im Fall einer Kündigung können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

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

Nach Beginn der Rentenzahlung können Sie Ihren Vertrag nicht mehr kündigen.

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

Auszahlung nach Kündigung
(4) Wir zahlen
- den Rückkaufswert (Absatz 5)
- zuzüglich des Wertes aus der Überschussbeteiligung (Absatz 7) und der Vertrag endet.

Liegt der Ausnahmefall nach Absatz 6 vor, können wir den Rückkaufswert herabsetzen.

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

Ein Stornoabzug wird nicht erhoben. Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

Herabsetzung des Rückkaufswertes im Ausnahmefall
(6) Wir sind nach § 169 Absatz 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 4 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung
(7) Zusätzlich zahlen wir den zum Zeitpunkt der Kündigung vorhandenen Wert aus der Überschussbeteiligung gemäß den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept".

Keine Beitragsrückzahlung
(8) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

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

Nachteile einer Beitragsfreistellung
(1) In der Anfangszeit Ihres Vertrags ist das Vertragsguthaben nach Beitragsfreistellung in der Regel deutlich niedriger als die Summe der bis zu diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge. Dies liegt zum einen an der Verrechnung der Abschlusskosten und zum anderen daran, dass dem Vertragsguthaben nur die um die Vertriebskosten sowie die beitragsabhängigen Verwaltungskosten verminderten Beitragsteile zufließen (siehe § 2 Absatz 1) und dem Vertragsguthaben die - von der Höhe des Vertragsguthabens abhängigen - Verwaltungskosten entnommen werden (siehe § 2 Absatz 1).

Auch in den Folgejahren kann das Vertragsguthaben nach Beitragsfreistellung insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung des Provinzial-Sicherungsfonds niedriger sein als die Summe der bis zu diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge.

Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen und ihrer Höhe im Fall einer vollständigen Beitragsfreistellung können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

Vollständige Beitragsfreistellung

(2) Nach § 165 VVG können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach § 18 in Textform verlangen, zum Schluss einer Versicherungsperiode (siehe § 6 Absatz 2) vollständig von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Das Vertragsguthaben mindert sich um rückständige Beiträge.

Der Antrag auf Beitragsfreistellung muss vor dem Ende der jeweiligen Versicherungsperiode (siehe § 6 Absatz 2) bei uns vorliegen. Anderenfalls erfolgt die Beitragsfreistellung zum nächstfolgenden Beitragsfälligkeitstermin.

Teilweise Beitragsfreistellung

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

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

Auswirkungen auf die Leistungen bei vollständiger Beitragsfreistellung

(4) Bei einer vollständigen Beitragsfreistellung setzen wir die vereinbarten Leistungen auf beitragsfreie Leistungen herab. Diese werden nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- auf der Grundlage des Vertragsguthabens gemäß § 1 Absatz 5,
- zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 6 Absatz 2).

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

Sofern das nach Beitragsfreistellung vorhandene Vertragsguthaben den Mindestwert nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" nicht erreicht, erhalten Sie den Rückkaufswert nach § 18 Absatz 5 und der Vertrag endet.

Auswirkungen auf die Leistungen bei teilweiser Beitragsfreistellung

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

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

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

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

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

Stundung der Beiträge

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

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

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

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

Bei Fälligkeit der Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Gebühren

§ 20 Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?

Abschlusskosten

(1) Wenn Sie einen Versicherungsvertrag abschließen, entstehen Kosten. Zu diesen sogenannten Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Wir haben die Kosten bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt. Sie werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Verrechnung der Abschlusskosten

(2) Bei laufender Beitragszahlung wenden wir auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschlusskosten heranziehen (Zillmerverfahren). Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der aufgrund von gesetzlichen Regelungen für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode (siehe § 6 Absatz 2)und für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der DeckRV auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

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

Einem Einmalbeitrag oder einer Zuzahlung werden die Abschlusskosten in Höhe eines festen Prozentsatzes entnommen.

Folgen der Kostenverteilung

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Rente vorhanden sind (siehe §§ 18, 19). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten, den beitragsfreien Leistungen und ihren jeweiligen Höhen können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

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

Gebühren und Abgaben

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) gesondert in Rechnung stellen. Die derzeit gültigen Gebühren können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können die Gebühren neu festlegen, wenn sich die durchschnittlich entstehenden Kosten für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand nicht nur vorübergehend geändert haben und der neu festgesetzte Betrag angemessen und erforderlich ist, um die durchschnittlich entstehenden Kosten zu decken. Über künftige Änderungen werden wir Sie informieren.

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Diesen werden wir auf Ihr Verlangen nachweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen muss, wird sie entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt sie.

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

Tarifabhängige Begrenzungen

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

Sonstige Vertragsbestimmungen

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

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

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

Eine erhebliche Änderung kann sich auch aus Gesetzen oder aufsichtsrechtlichen Anforderungen ergeben.

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

§ 23 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

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

(3) In den Fällen des § 4 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 24 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

(1) Ab dem zweiten Versicherungsjahr erhalten Sie von uns einmal jährlich eine Standmitteilung zu Ihrem Vertrag. Sie können dieser Mitteilung das Vertragsguthaben entnehmen. Der Wert des Teildeckungskapitals des Provinzial-Sicherungsfonds wird in Fondsanteilen und in Euro aufgeführt.

(2) Sie können aber auch unabhängig von diesen Mitteilungen zu jeder anderen Zeit Auskunft über das Vertragsguthaben Ihrer Versicherung bei uns erhalten.

§ 25 Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?

(1) Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Jahren (§§ 195 ff. Bürgerliches Gesetzbuch). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchserhebende von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(2) Wenn der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen lässt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen, sind wir berechtigt, die Leistung zu verweigern. Dies gilt nicht für Ansprüche, soweit wir diese bereits anerkannt haben.

§ 26 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

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

Unser Beschwerdemanagement

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

Versicherungsombudsmann e.V.

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e.V. wenden. Der Versicherungsombudsmann e.V. ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Es gilt die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmann e.V.. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Versicherungsaufsicht

(3) 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 (BaFin). Die BaFin erreichen Sie derzeit wie folgt:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Rechtsweg

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

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

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

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts, Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in das Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 29 Wann können wir diese Bedingungen anpassen?

(1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie nach § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

(3) Sollte eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

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

(Stand 15.03.2025)

Diese Bestimmungen ergänzen die Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen.

1. Hauptversicherung

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung vor Beginn der Rentenzahlung?
Die Überschussbeteiligung vor Beginn der Rentenzahlung besteht aus einer laufenden Überschussbeteiligung und aus einer Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Zusätzlich kann eine Schlussüberschussbeteiligung vor Beginn der Rentenzahlung erfolgen.

1.1 Laufende Überschussbeteiligung vor Beginn der Rentenzahlung

1.1.1 Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile
Jeweils zu Beginn eines Versicherungsmonats wird ein laufender Überschussanteil zugeteilt. Der laufende Überschussanteil setzt sich zusammen aus einem Zinsüberschussanteil und einem sonstigen Überschussanteil. Dieser sonstige Überschussanteil besteht aus zwei unten beschriebenen Komponenten. Der Zinsüberschussanteil wird erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsmonats zugeteilt. Dies gilt ebenfalls für den sonstigen Überschussanteil, der sich auf das Teildeckungskapital des Provinzial-Sicherungsfonds bezieht. Zusätzlich erfolgt für Beides eine Überschusszuteilung am Ende des letzten Versicherungsmonats vor dem vereinbarten Rentenbeginn bzw. Abruf der Versicherungsleistung.

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

Für die Berechnung der Überschussanteile werden folgende Bemessungsgrößen verwendet:

- Zinsüberschussanteil
  die jeweiligen mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten konventionellen Teildeckungskapitalien mit garantierter Verzinsung zum Ende des Vormonats bzw. im letzten Versicherungsmonats vor dem vereinbarten Rentenbeginn bzw. Abruf der Versicherungsleistung am Ende dieses Monats.

- sonstiger Überschussanteil
  Komponente 1: der monatlich zu zahlende Beitrag bzw. der auf einen Monat entfallende Beitragsanteil ohne Beitragsanteile für etwaige Zusatzversicherungen.

  Komponente 2: Bemessungsgröße ist die Anzahl der Anteile des Provinzial-Sicherungsfonds am Ende des Vormonates bewertet mit dem Kurs des Provinzial-Sicherungsfonds. Maßgebend für die Bewertung ist der Börsentag, der mit dem Zuteilungstermin zusammenfällt oder ihm folgt. Zusätzlich wird am Ende des letzten Versicherungsmonats vor dem vereinbarten Rentenbeginn bzw. Abruf der Versicherungsleistung ein letzter Überschuss gezahlt. Hierfür ist die Bemessungsgrundlage die Anzahl der Anteile des Provinzial-Sicherungsfonds am Ende dieses Versicherungsmonats. Für das Kursdatum ist dabei zu unterscheiden, ob es sich um einen Abruf oder den Rentenübergang zum vereinbarten Rentenbeginn handelt. Beim Abruf erfolgt die Bewertung mit dem Kurs des Börsentags, der mit dem Zuteilungstermin zusammenfällt oder ihm folgt. Handelt es sich um den vereinbarten Rentenübergang, so ist der Kurs vom 21. Tag des Monats maßgeblich - falls dies ein börsenfreier Tag ist - am folgenden Börsentag.

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

1.2 Schlussüberschussbeteiligung vor Beginn der Rentenzahlung
Zu Beginn der Rentenzahlung und bei Beendigung Ihres Vertrags vor Beginn der Rentenzahlung kann eine Schlussüberschussbeteiligung fällig werden.

Bemessungsgröße für die Schlussüberschussbeteiligung ist der Teil des konventionell geführten Deckungskapitals, der mit einer garantierten Verzinsung in Höhe der Verwaltungskosten verzinst wird.

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

1.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven vor Beginn der Rentenzahlung

1.3.1 Ermittlung der Bewertungsreserven
Die Höhe der Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind (verteilungsfähige Bewertungsreserven), wird jährlich neu ermittelt, zusätzlich auch für den Zeitpunkt der Beendigung des Vertrags bzw. den Beginn einer Rentenzahlung.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven werden den einzelnen Verträgen nach dem Vertragsanteil zugeordnet. Der Vertragsanteil berechnet sich als Summe der Vertragswerte eines Vertrags in Relation zur entsprechenden Summe der Vertragswerte aller anspruchsberechtigten Verträge. Die Summe der Vertragswerte wird ab dem Beginn einer Versicherung über alle vor dem Zeitpunkt der Zuordnung liegenden relevanten Bilanzstichtage (zzt. das Ende des Kalenderjahres) gebildet.

Der jeweilige Vertragswert eines Vertrags setzt sich aus dem mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten zinsüberschussberechtigten Anteil des Vertragsguthabens für die vereinbarten Versicherungsleistungen zusammen. Bei der fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantiekapital wird der Vertragswert als Mittelwert über alle Monate eines Geschäftsjahres ermittelt. Das Vertragsguthaben eines Vertrags ist zinsüberschussberechtigt, wenn als laufender Überschussanteil ein Zinsüberschussanteil vereinbart ist.

Die Höhe der Bewertungsreserven wird für den Zeitpunkt der Beendigung des Vertrags bzw. für den Beginn der Rentenzahlung neu ermittelt.

Zu diesem Zeitpunkt werden mindestens 50 % des dem Vertrag für diesen Termin rechnerisch zugeordneten Anteils als Beteiligung an den Bewertungsreserven zugeteilt und zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet.

Bei Inanspruchnahme einer Teilverrentung erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven auch für diesen (teilverrenteten) Vertragsteil erst bei endgültiger Beendigung des Vertrags bzw. zum endgültigen Beginn der Rentenzahlung.

1.3.2 Zuteilung der Bewertungsreserven
Zu Beginn der Rentenzahlung und bei Beendigung Ihres Vertrags vor Beginn der Rentenzahlung erhält Ihr Vertrag nach § 3 Absatz 2.c und 3.c der Allgemeine Bedingungen eine Beteiligung an den überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven.

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

Bemessungsgrößen für die Sockelbeteiligung an den Bewertungsreserven ist der Teil des konventionell geführten Deckungskapitals, der mit einer garantierten Verzinsung in Höhe der Verwaltungskosten verzinst wird.

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

1.3.4 Umrechnung der Bewertungsreserven und der Schlussüberschussbeteiligung zum Beginn der Rentenzahlung bzw. im vorzeitigen Versicherungsfall
Zu Beginn der Rentenzahlung werden aus der bei Rentenbeginn fällig werdenden Schlussüberschussbeteiligung und die dann fällig werdende Beteiligung an den Bewertungsreserven mit dem Vertragsguthaben gemäß § 1 Absatz 5 der Allgemeinen Bedingungen in eine ab diesem Zeitpunkt gesamte vereinbarte Rente umgerechnet.

1.4 Überschussbeteiligung nach Beginn der Rentenzahlung

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung nach Beginn der Rentenzahlung?
Sie können vor Beginn der Rentenzahlung zwischen folgenden Überschusssystemen für die Rentenbezugszeit wählen:

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

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

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

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

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

Sofern neben dem für die Berechnung der Zusatzrente festgelegten Zinsüberschussanteil ein weiterer Überschussanteilsatz erklärt ist, wird die Zusatzrente zu Beginn eines Versicherungsjahres erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres nach Beginn der Rentenzahlung entsprechend erhöht. Bemessungsgröße für diesen Überschussanteil ist die jeweilige Gesamtrente.

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

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

Im Fall einer Kapitalentnahme gemäß § 11 der Allgemeine Bedingungen kann aus der Rückstellung für die Zusatzrente kein Kapital entnommen werden. Die neue Zusatzrente nach der Kapitalentnahme berechnet sich aus dem verbleibenden Deckungskapital der verminderten vereinbarten Rente und der Rückstellung für die Zusatzrente nach dem oben beschriebenen Verfahren.

1.4.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Beginn der Rentenzahlung
Nach Beginn der Rentenzahlung erhält Ihr Vertrag nach § 2 Absatz 2 c und 3 c der Allgemeine Bedingungen eine Beteiligung an den überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven.

Während der Rentenzahlung erfolgt die Beteilung an den Bewertungsreserven über eine angemessene Erhöhung der Beteiligung an den Überschüssen.

Die Bewertungsreservenbeteiligung wird an der Vorjahresrente bemessen. Die Vorjahresrente setzt sich aus der vereinbarten Rente und allen evtl. Erhöhungsrenten der Vorjahre zusammen.

2. Zusatzversicherungen

2.1 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)

2.1.1 Überschussbeteiligung vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit
Die BUZ erhält bei jeder Beitragsfälligkeit einen laufenden Überschussanteil, der in Prozent des Beitrags für die BUZ bemessen wird. Die Höhe wird jeweils nur für ein Versicherungsjahr garantiert.

Der jeweils zugeteilte laufende Überschussanteil wird entsprechend der vertraglichen Vereinbarung verwendet.

a) Beitragsverrechnung
Der laufende Überschussanteil wird mit dem jeweils fällig werdenden Beitrag verrechnet.
b) Verwendung bei der Hauptversicherung
Der laufende Überschussanteil wird zur Erhöhung der Überschussbeteiligung der Hauptversicherung verwendet.

2.1.2 Überschussbeteiligung nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit
Der BUZ wird jeweils am Ende eines Versicherungsjahres ein Zinsüberschussanteil zugeteilt. Am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Leistungsbezug aus der BUZ eingetreten ist, wird der Überschussanteil zeitanteilig fällig. Bemessungsgröße für den Zinsüberschussanteil ist das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital für die jeweilige Leistung aus der BUZ am Zuteilungstermin.

Der jeweils zugeteilte Zinsüberschussanteil wird entsprechend der vertraglichen Vereinbarung verwendet.

a) Verzinsliche Ansammlung
Die auf die Leistungen aus der BUZ entfallenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Das Ansammlungsguthaben wird zusammen mit der Leistung aus der Hauptversicherung, spätestens zu Beginn der Rentenauszahlung aus der Hauptversicherung, fällig.
b) Verwendung bei der Hauptversicherung
Die auf die Leistungen aus der BUZ entfallenden Überschussanteile werden zur Erhöhung der Überschussbeteiligung der Hauptversicherung verwendet.

2.1.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven (BBWR)
Die BUZ erhält im Leistungsbezug eine BBWR. Die Bemessungsgröße für die BBWR ist das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten Deckungskapital für die jeweilige Leistung aus der BUZ zum Zuteilungstermin.

Die jeweils zugeteilte BBWR wird verzinslich angesammelt oder bei der Hauptversicherung verwendet.

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

2.2 Risiko-Zusatzversicherung (RZV)

2.2.1 Todesfallbonus
Risiko-Zusatzversicherungen sind ab Beginn überschussberechtigt.

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

2.2.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven
Die unter Ziffer 1.3.1 beschriebenen Regelungen gelten entsprechend. Die Beteiligung an den Bewertungsreserven wird an dem Vertragswert der Risiko-Zusatzversicherung bemessen. Der Vertragswert setzt sich aus dem mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten zinsüberschussberechtigten Deckungskapital für die vereinbarten Versicherungsleistungen zusammen. Das Deckungskapital eines Vertrags ist zinsüberschussberechtigt, wenn als laufender Überschussanteil ein Zinsüberschussanteil vereinbart ist. Da für Risiko-Zusatzversicherungen mit Überschussverwendungsart Todesfallbonus ein Zinsüberschussanteil als laufender Überschussanteil nicht vereinbart ist, ergibt sich für diese Überschussverwendungsart keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

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

Im Zusatzrentensystem (siehe Ziffer 1.3.2) werden die Zusatzrente zur Hauptversicherungsrente und die Zusatzrente zur Hinterbliebenenrente derart bestimmt, dass die Zusatzrente zur Hinterbliebenenrente im Verhältnis zur Zusatzrente zur Hauptversicherungsrente genauso hoch ist wie die vereinbarte Hinterbliebenenrente zur vereinbarten Hauptversicherungsrente.

Ebenso wird für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung während der Rentenzahlung der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung das unter 1.4.3. beschriebene Verfahren zur Beteiligung an den Bewertungsreserven angewendet.

3. Vertragsindividuelle Kürzung der Überschussbeteiligung bei Reserveanpassung während der Rentenzahlung
Bei einem unerwartet starken Anstieg der Lebenserwartung sind wir verpflichtet, eine zusätzliche Deckungsrückstellung zu stellen (Reserveanpassung), um die langfristige Erfüllbarkeit der vertraglichen Leistungen aus den Rentenversicherungen sicherzustellen. In diesem Fall sind wir berechtigt, vertragsindividuell die Überschussbeteiligung um benötigte Mittel für die Bildung der Zusatzrückstellung zu kürzen. Die Kürzung können wir so lange vornehmen, bis die Summe der Kürzungen der Höhe der benötigten zusätzlichen Deckungsrückstellung entspricht.

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Beitragsbefreiung

(Stand 15.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Erläuterung einiger Begriffe

Berufsunfähigkeit
Was ist Berufsunfähigkeit? § 1
Was ist Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit? § 2
Welche Besonderheiten gelten für Beamte bei Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen? § 3
Was ist Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen und Hausmännern? § 4
Was ist Berufsunfähigkeit bei Schülern und Studenten? § 5
Was ist Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit (Teilzeitklausel)? § 6
Was ist Berufsunfähigkeit wegen eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)? § 7

Leistungen und Versicherungsschutz
Welche Leistungen erbringen wir? § 8
Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen? § 9
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? § 10
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung? § 11

Leistungsausschlüsse
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? § 12

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten
Wann können Sie die Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)? § 13

Ihre Pflichten
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? § 14
Welche Schadenminderungspflichten sind zu beachten? § 15
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit nach Anerkennung der Leistungspflicht? § 16
Welche Folgen hat die Verletzung von Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls? § 17

Weitere Vertragsbestimmungen
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung? § 18

Erläuterung einiger Begriffe

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

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

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

Die **Rechnungsgrundlagen** sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen die Invalidentafel, der Rechnungszins und Kosten.

Das **rechnungsmäßige Alter** ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Die **Risikoprüfung** ist die Prüfung der Gesundheits- und sonstigen Risikoverhältnisse.

Die **Textform** ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes oder ausdruckbaren E-Mail abgegeben wird.

Die **Versicherungsdauer** ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

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

Die **versicherte Person** ist diejenige Person, auf deren Berufsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen wird.

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

Berufsunfähigkeit

§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit?

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

(2) Kann nicht festgestellt werden, dass der Zustand im Sinne von Absatz 1 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, hat er jedoch länger als sechs Monate ununterbrochen angedauert, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(3) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn und solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen unbefristet anerkennt.

(4) Individuell mit Ihnen vereinbarte Risikoausschlüsse sind auch im Falle der festgestellten vollen medizinischen Erwerbsminderung zu beachten und können zu einem Ausschluss der Leistungspflicht führen.

Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

(5) Bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern beziehungsweise Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis ist für die Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben. Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie
- wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist,
- keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und
- die versicherte Person eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe Absatz 10) entspricht.

Verzicht auf Prüfung der Umorganisation bei Selbstständigen

(6) Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs,
- wenn der Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in mindestens 90 % seiner täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
- der Betrieb bis zu vier Mitarbeiter hat. Zu den bis zu vier Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte und Auszubildende. Praktikanten und Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

(7) Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

Konkrete Verweisung

(8) Berufsunfähigkeit nach den Absätzen 1 bis 7 und den §§ 4 und 5 liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit tatsächlich ausübt, die ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe Absatz 10) entspricht (konkrete Verweisung).

Ausscheiden aus dem Berufsleben

(9) Wenn die versicherte Person aus dem Berufsleben ausscheidet und später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden, wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, auf den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf mit der zu diesem Zeitpunkt erreichten wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe Absatz 10) abgestellt.

Wirtschaftliche und soziale Lebensstellung

(10) Die wirtschaftliche und soziale Lebensstellung ist gewahrt, wenn die berufliche Qualifikation, die berufliche Stellung, deren soziale Wertschätzung und die daraus bezogene Vergütung das bisherige Niveau nicht spürbar unterschreiten.

Die dabei zumutbare Einkommensreduzierung werden wir in jedem Einzelfall gesondert ermitteln, begrenzen sie jedoch auf 20 % des vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten jährlichen Bruttoeinkommens. Wird im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung ein niedrigerer Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensreduzierung festgelegt, wenden wir diesen zu Ihren Gunsten an.

Statt des jährlichen Bruttoeinkommens ist bei Selbstständigen und Freiberuflern der Gewinn vor Steuern entscheidend.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit?

Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer mindestens nach Pflegegrad 2 im Sinne unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" pflegebedürftig wird. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

§ 3 Welche Besonderheiten gelten für Beamte bei Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen?

(1) Ist die versicherte Person in einem Beamtenverhältnis beschäftigt, so gilt für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses zusätzlich zu § 1 folgendes:
Berufsunfähigkeit aufgrund Dienstunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ausschließlich wegen ihres Gesundheitszustandes in den Ruhestand versetzt wird. D.h., sie ist aus dem aktiven Beamtenverhältnis ausgeschieden und bezieht ein fortlaufendes Ruhegehalt wegen Dienstunfähigkeit nach dem jeweils maßgeblichen Beamtenversorgungsgesetz. Eine Dienstunfähigkeit ist uns aufgrund einer Bescheinigung über die Feststellung der Dienstunfähigkeit des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes nachzuweisen.

(2) Berufsunfähigkeit aufgrund Dienstunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person
- wegen Dienstunfähigkeit entlassen wird, das Beamtenverhältnis also endet, und
- die zur Entlassung führenden Erkrankungen der versicherten Person unverändert fortbestehen oder weiter fortschreiten und
- die versicherte Person keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs (siehe § 1 Absatz 10).

(3) Individuell mit Ihnen vereinbarte Risikoausschlüsse sind auch im Falle der festgestellten Dienstunfähigkeit zu beachten und können zu einem Ausschluss der Leistungspflicht führen.

(4) Diese Regelungen gelten ebenfalls für Polizeibeamte, Feuerwehrbeamte, Justizvollzugsbeamte und Zollbeamte (spezielle Dienstunfähigkeit), sowie für Richter und Kirchenbeamte.

(5) Wenn keine Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen nachgewiesen werden kann, prüfen wir das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht, wenn die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu einer Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung abgeschlossen ist.

§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen und Hausmännern?

(1) Hat die versicherte Person seit Abschluss des Vertrags ununterbrochen ausschließlich ihren Haushalt geführt, so orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit an den von ihr bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in ihrem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben und Tätigkeiten.

(2) Hat die haushaltsführende versicherte Person während der Vertragslaufzeit eine berufliche Tätigkeit aufgenommen, ist diese zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit versichert und für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich. Die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit muss nicht angezeigt werden.

(3) Gibt die versicherte Person während der Vertragslaufzeit die berufliche Tätigkeit wieder auf und führt wieder ausschließlich ihren Haushalt, so orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit wieder an dieser Tätigkeit.

§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit bei Schülern und Studenten?

Berufsunfähigkeit bei Schülern

(1) Bei Schülern wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit die Teilnahme am regulären Unterricht zugrunde gelegt.

Hierbei gilt als Schüler, wer eine hauptberufliche Ausbildung an einer staatlich anerkannten Schule mit dem Ziel eines allgemeinbildenden Abschlusses absolviert. Dazu gehört auch, wer eine Schule im Ausland besucht, wenn der angestrebte Abschluss in Deutschland als allgemeinbildender Abschluss anerkannt wird.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen liegt bei einem Schüler vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate lang ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Schüler am regulären Schulunterricht teilzunehmen.

Berufsunfähigkeit bei Studenten

(2) Bei Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit die Teilnahme am regulären Studienbetrieb zugrunde gelegt.

Hierbei gilt als Student, wer eine hauptberufliche Ausbildung an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule absolviert. Dazu gehört auch, wer ein Studium an einer ausländischen Universität absolviert, wenn der angestrebte Abschluss in Deutschland als akademischer Abschluss anerkannt wird.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen liegt bei einem Studenten vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate lang ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Student am regulären Studienbetrieb teilzunehmen.

§ 6 Was ist Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit (Teilzeitklausel)?

(1) Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer aus anderen als medizinischen Gründen ihre vertraglich fixierte wöchentliche Arbeitszeit, bleibt für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit die während der Versicherungsdauer höchste vertraglich fixierte wöchentliche Arbeitszeit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit maßgebend (Teilzeitklausel).

(2) Alle anderen Regelungen dieser Bedingungen (z. B. die Prüfung auf die zuletzt ausgeübte Teilzeittätigkeit, so wie diese ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, und die damit verbundene wirtschaftliche und soziale Lebensstellung) bleiben hiervon unberührt.

(3) Nachweise über die jeweiligen Arbeitszeiten sind uns vorzulegen.

(4) Die Absätze 1 - 3 gelten entsprechend, wenn die Arbeitszeitreduktion vom Ar-beitgeber angeordnet wird (z. B. Kurzarbeit).

(5) Ist Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit die des Schülers oder des Studenten, ist diese Tätigkeit eine Vollzeittätigkeit mit 40 Wochenarbeitsstunden.

§ 7 Was ist Berufsunfähigkeit wegen eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)?

(1) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen einem vollständigen Tätigkeitsverbot nach § 31 Infektionsschutzgesetz (IFSG) unterliegt welches von der zuständigen Behörde ausgesprochen wurde. Die versicherte Person muss aufgrund dieses vollständigen Tätigkeitsverbots mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande sein, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

(2) Ein Tätigkeitsverbot, welches sich auf mindestens 50 % der beruflichen Tätigkeit bezieht, gilt als vollständiges Tätigkeitsverbot.

(3) Der amtliche Bescheid über das Tätigkeitsverbot sowie die dazugehörigen Unterlagen sind einzureichen. Wird die Leistung wegen Berufsunfähigkeit ausschließlich auf Grund des ausgesprochenen Tätigkeitsverbots erbracht, endet die Leistungspflicht mit Ablauf des Tätigkeitsverbots.

(4) Übt die versicherte Person eine andere, ihrer bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe § 1 Absatz 10) entsprechende Tätigkeit tatsächlich aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nicht, wenn die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu einer Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung abgeschlossen ist.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 8 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung berufsunfähig (siehe §§ 1 - 7), erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - folgende Leistungen:

- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Haupt- und die Zusatzversicherung

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

(2) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne des § 2 wird, erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - die in Absatz 1 genannten Leistungen. Dies gilt auch, wenn keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 vorliegt.

Leistungsdynamik

(3) Wenn Sie eine Leistungsdynamik vereinbart haben, werden die Versicherungsleistungen aus der Hauptversicherung und den gegebenenfalls eingeschlossenen weiteren beitragspflichtigen Zusatzversicherungen - mit Ausnahme der Leistung der Risiko-Zusatzversicherung - jährlich erhöht, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 1 entfällt. Dabei berechnen wir die Erhöhungen der Versicherungsleistungen so, als ob sich der Beitrag für die Hauptversicherung und für die zu erhöhenden Zusatzversicherungen jährlich um den bei Vertragsabschluss für die Leistungsdynamik vereinbarten Prozentsatz erhöht hätte. Die Leistungen aus den zu erhöhenden Zusatzversicherungen werden dabei im gleichen Verhältnis wie die Versicherungsleistung aus der Hauptversicherung erhöht.

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

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

Weltweiter Versicherungsschutz

(5) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Beratung

(6) Während der Vertragslaufzeit oder wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, können Sie uns gerne anrufen. Wir beantworten Ihnen gerne Ihre Fragen und erklären Ihnen beispielsweise,

- welche Leistungen versichert sind,
- welche Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten bestehen,
- wie die Prüfung Ihres Leistungsantrags ablaufen wird,
- welche Informationen wir für die Leistungsprüfung von Ihnen benötigen,
- was die Beschreibung Ihrer Tätigkeit beinhalten muss,
- welche Unterlagen wir von Ihnen für unsere Prüfung benötigen,
- wie Sie Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder volle Erwerbsminderung nachweisen können,
- wie wir Ihnen im Falle eines finanziellen Engpasses während der Prüfung helfen können.

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

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

Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Zusatzversicherung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist. Dieser Anspruch muss uns in Textform gemeldet werden. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Wir zahlen eine rückwirkende Leistung für den Zeitraum, für den Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen können (siehe § 14).

(2) Der Anspruch auf Leistungen endet,

- wenn Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- wenn die versicherte Person stirbt oder
- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

(3) Während der Leistungsprüfung sind die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten, wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Antrag stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht noch fällig werdende Beiträge zinslos. Besteht danach kein Leistungsanspruch, müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag zurückzahlen. Sie können in diesem Fall auch eine Rückzahlung in Raten von bis zu 24 Monaten oder - sofern möglich - eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung vereinbaren.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und ab wann wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Diese Erklärung geben wir innerhalb von 10 Tagen nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen (siehe § 14) ab. Dabei werden wir kein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Wir informieren Sie während der Prüfung alle vier Wochen über den Sachstand und fordern zeitnah fehlende Unterlagen an.

§ 11 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Regelungen hierzu ergeben sich aus § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Maßgeblich ist die jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltende Fassung. Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zum Bilanzstichtag vorhandenen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(2) Überschüsse entstehen bei der Zusatzversicherung vor allem dann, wenn das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Beitragskalkulation angenommen.

(3) Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt, zusätzlich auch zum Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrags vor Rentenbeginn und zu Beginn eines Versicherungsfalls. Auf Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen entfallen vor Eintritt des Versicherungsfalls allenfalls geringe Anteile an den Bewertungsreserven, da keine oder nur geringfügige Kapitalanlagen für künftige Versicherungsleistungen gebildet werden.

Während des Versicherungsfalls erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven über eine angemessene Erhöhung der Beteiligung an den Überschüssen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihrer Zusatzversicherung

(4) Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gehört dem Gewinnverband "Berufsunfähigkeitsversicherungen und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen" in dem Abrechnungsverband "Berufsunfähigkeitsversicherungen" an. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Zusatzversicherung jährlich Überschussanteile. Die Höhe der Überschussanteilssätze wird vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht.

(5) Bei Eintritt des Versicherungsfalls, spätestens bei Beendigung Ihrer Zusatzversicherung, wird der Ihrer Zusatzversicherung für diesen Zeitpunkt aktuell zugeordnete Betrag der Bewertungsreserven zur Hälfte zugeteilt.

Nach dem Eintritt des Versicherungsfalls erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven über eine angemessene Erhöhung der Beteiligung an den Überschüssen.

(6) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Beträge aus der Überschussbeteiligung ergeben sich aus den als Anlage beigefügten "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Höhe der künftigen Überschussbeteiligung

(7) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

Leistungsausschlüsse

§ 12 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person
b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat
c) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
- absichtliche Herbeiführung von Krankheit
- absichtliche Herbeiführung eines Kräfteverfalls
- absichtliche Selbstverletzung
- versuchte Selbsttötung

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

(2) Wir leisten außerdem nicht, wenn

- der Versicherungsfall unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wird,
- der Einsatz oder das Freisetzen das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen gefährdet,
- die durch den Einsatz oder das Freisetzen verursachten Versicherungsfälle den Leistungsbedarf gegenüber den Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung so erhöhen, dass die dauernde Erfüllbarkeit der versicherten Leistungen beeinträchtigt wird und ein unabhängiger Treuhänder dies innerhalb von zwölf Monaten nach dem Ereignis überprüft und bestätigt hat. Absatz 1 (f) bleibt unberührt.

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 13 Wann können Sie die Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder in dem für Sie zuständigen berufsständischen Versorgungswerk erhöht wird, können Sie die Versicherungsdauer - ohne erneute Risikoprüfung - um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Die Risikoeinstufung des Versicherungsvertrags, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, bleibt unverändert.

Voraussetzungen für eine Verlängerung

(2) Für eine Verlängerung gelten die folgenden Voraussetzungen:

- Sie müssen die Verlängerung der Versicherungsdauer innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform beantragen.

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Bei Ihrem Vertrag ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Die versicherte Person hat noch keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erhalten.

Auswirkungen der Verlängerung

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

Ihre Pflichten

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

Allgemeine Mitwirkungspflichten

(1) Wird eine Leistung aus diesem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und im Nachprüfungsverfahren die Auskünfte gemäß § 16 vorgelegt werden. Zur Feststellung unserer Leistungspflicht müssen uns folgende Auskünfte und Nachweise vorliegen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1
b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen im Hinblick auf eine Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit
c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit oder sowie über danach eingetretene Veränderungen
d) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit
e) eine Aufstellung
- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung geltend machen könnte
- über den derzeitigen Arbeitgeber oder frühere Arbeitgeber der versicherten Person
f) bei Berufsunfähigkeit wegen Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen eine Bescheinigung über die Feststellung der Dienstunfähigkeit des Amtsarztes oder von einem vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit (siehe § 2)

(2) Uns sind unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit
- der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung in Deutschland oder - falls ein Bescheid noch nicht vorliegt - zunächst die medizinischen Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die gesetzliche Pflegeversicherung bzw. der MEDICPROOF GmbH für die private Pflegeversicherung

Besteht keine gesetzlich oder private Pflegepflichtversicherung oder haben sich die gesetzlichen Definitionen für die Pflegebedürftigkeit seit Vertragsabschluss geändert, sind uns folgende Unterlagen unverzüglich einzureichen:
- ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken u. ä., die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Folgen und voraussichtliche Dauer der vorliegenden Erkrankungen/en, sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit
- vonseiten des behandelnden Arztes eine detaillierte - insbesondere auch zeitliche Darstellung und Begründung des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den alltäglichen Verrichtungen sowie von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit
- vonseiten der pflegenden Person oder der mit der Pflege beauftragten Einrichtung eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots

(3) Bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (siehe § 7) ist uns der amtliche Bescheid sowie die dazugehörigen Unterlagen einzureichen.

Weitere ärztliche Untersuchungen bzw. Nachweise bei Berufsunfähigkeit

(4) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und - falls erforderlich - Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Auf Untersuchungen in Deutschland verzichten wir, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Fälligkeiten der Leistungen und Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten

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

Kosten

(6) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.

§ 15 Welche Schadensminderungspflichten sind zu beachten?

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

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

(2) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person die in Absatz 1 genannten zumutbaren Maßnahmen nicht vornimmt.

§ 16 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit nach Anerkennung der Leistungspflicht?

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 1 Absatz 8 ausübt.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte (z. B. ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte, Unterlagen über eine ausgeübte Tätigkeit der versicherten Person sowie Einkünfte aus dieser Tätigkeit) und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 14 Absatz 4 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Folgendes müssen Sie uns unverzüglich mitteilen:
- den Wegfall der Pflegebedürftigkeit (§ 2)
- den Wegfall der Dienstunfähigkeit nach dem Beamtenversorgungsgesetz (siehe § 3)
- den Wegfall des vollständigen Tätigkeitsverbots aus medizinischen Gründen nach dem Infektionsschutzgesetz (siehe § 7)
- eine Wiederaufnahme Ihrer früheren oder die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit
- sowie eine betriebliche Umorganisation

Leistungseinstellung

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

§ 17 Welche Folgen hat die Verletzung von Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach den §§ 14, 15 und 16 Absatz 2 und 3 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie nachweisen, dass
- die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist oder
- die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Weitere Vertragsbestimmungen

§ 18 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Grundsätze

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit, sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens zum Beginn der Rentenzahlung erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Ist die Zusatzversicherung zu einer Hauptversicherung mit Abrufphase eingeschlossen und erlischt die Zusatzversicherung anlässlich des vorzeitigen Abrufes der Hauptversicherungsleistung, wird - soweit vorhanden - der Rückkaufswert nach Maßgabe von Absatz 5 fällig.

(2) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

Ablauf der Beitragszahlungsdauer

(3) Besteht die Zusatzversicherung zu einer Rentenversicherung als Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung und ist eine Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer dieser Zusatzversicherung nicht eingetreten, wird der freiwerdende Zusatzbeitrag weitergezahlt. Er wird ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Erhöhung der Leistung aus der Hauptversicherung verwendet.

Dies setzt voraus, dass
- weiterhin Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung besteht und
- im Rahmen der tarifabhängigen Begrenzungen der Hauptversicherung eine Beitragserhöhung möglich ist.

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

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

Beendigung dieser Zusatzversicherung

(5) Sofern keine anerkannten oder festgestellten Ansprüche aus Ihrer Zusatzversicherung bestehen, können Sie diese für sich allein oder zusammen mit der Hauptversicherung in Textform kündigen. Bei Kündigung endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung.

(6) Eine einmalige Kapitalzahlung zur Abfindung anerkannter oder festgestellter Ansprüche aus der Zusatzversicherung können Sie nicht verlangen.

Beitragsfreistellung dieser Zusatzversicherung

(7) Wenn Sie nach § 165 VVG verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden, treten die Folgen der Kündigung der Zusatzversicherung ein (siehe Absatz 5), und die Zusatzversicherung erlischt.

Herabsetzung des Versicherungsschutzes der Hauptversicherung

(8) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung z. B. aufgrund einer Kündigung oder Beitragsfreistellung gelten die Absätze 5 und 7 entsprechend.

Besondere Bedingungen für die Risiko-Zusatzversicherung

(Stand 15.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhalt

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 3
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?	§ 4
Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen / -Stoffen?	§ 5
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 6

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Bei Tod der versicherten Person wird die vereinbarte Versicherungssumme der Risiko-Zusatzversicherung fällig. Bei Tod der versicherten Person innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre besteht kein Versicherungsschutz und es wird keine Leistung fällig. Stirbt die versicherte Person durch die Folgen eines Unfallereignisses gemäß § 2, wird die vereinbarte Versicherungssumme der Risiko-Zusatzversicherung fällig. Die Leistung wird ausgezahlt, sofern es sich bei der Versicherung nicht um eine Rentenversicherung als Direktversicherung handelt.

(2) Bei einer Direktversicherung wird die Leistung aus der Risiko-Zusatzversicherung zur Erhöhung der versicherten Hinterbliebenenrente gemäß § 1 Absatz 9 der Allgemeinen Bedingungen verwendet. Im Fall der Zahlung eines Sterbegeldes gemäß § 1 Absatz 9 der Allgemeinen Bedingungen wird die fällige Leistung aus der Risiko-Zusatzversicherung so begrenzt, dass die Gesamtleistung die gewöhnlichen Beerdigungskosten nicht übersteigt.

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

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen

(1) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person nach Versicherungsbeginn durch ein plötzliches, von außen auf den Körper der versicherten Person wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig in ihrer Gesundheit geschädigt wird.

(2) Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(3) Nicht als Unfallereignis gelten
- Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren,
- Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Bei Rentenversicherungen erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung darüber hinaus spätestens zum Beginn der Rentenzahlung.

(2) Die Zusatzversicherung können Sie für sich allein oder zu-sammen mit der Hauptversicherung kündigen. Mit Kündigung endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung.

(3) Nach § 165 VVG können Sie bei einer Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach Absatz 2, allerdings nur zusammen mit der Hauptversicherung, verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Ein aus Ihrer Zusatzversicherung eventuell zur Verfügung stehender Betrag wird zur Erhöhung der beitragsfreien Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet, und die Zusatzversicherung erlischt.

(4) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gilt Absatz 2 entsprechend.

(5) Endet die Beitragszahlungsdauer dieser Zusatzversicherung, reduziert sich der Gesamtbeitrag um den wegfallenden Beitrag für diese Zusatzversicherung.

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

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

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

§ 4 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Regelungen hierzu ergeben sich aus § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Maßgeblich ist die jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltende Fassung.
Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Zusatzversicherung gehört demselben Abrechnungsverband und Gewinnverband an wie die Hauptversicherung.

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

(2) Die Beiträge von Risiko-Zusatzversicherungen sind so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Todesfallrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder nur sehr geringe Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können. Weil aus den Beiträgen von Risiko-Zusatzversicherungen keine oder nur geringfügige Kapitalanlagen für künftige Versicherungsleistungen gebildet werden, entfallen allenfalls geringe Anteile an Bewertungsreserven auf Risiko-Zusatzversicherungen.

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

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen, besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall leisten wir das für den Todestag berechneten Deckungskapital Ihrer Zusatzversicherung. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) In folgenden Fällen besteht kein Versicherungsschutz: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

In diesen Fällen leisten wir das für den Todestag berechnete Deckungskapital Ihrer Zusatzversicherung (siehe Absatz 2). Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss dabei darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 6 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Vertrages drei Jahre vergangen sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall leisten wir das auf für den Todestag berechnete Deckungskapital Ihrer Zusatzversicherung. Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

(3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung des Vertrages erweitert wird oder der Vertrag wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

---

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

Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit

(Stand 15.03.2025)

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Was ist Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit

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

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

(a) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei "Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit" - mindestens Pflegegrad 2**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei "Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 27 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 27 entspricht mindestens dem Pflegegrad 2 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).

(b) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" - mindestens Pflegegrad 3**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 47,5 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 47,5 entspricht mindestens dem Pflegegrad 3 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).

(c) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" - mindestens Pflegegrad 4**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 70 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 70 entspricht mindestens dem Pflegegrad 4 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).

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

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

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

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

§ 2 Welche Begutachtungsbereiche und Begutachtungskriterien sind maßgeblich?

Begutachtungsbereiche mit Begutachtungskriterien (Module)

(1) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien. Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden berücksichtigt.

(2) **Modul 1: Mobilität**
Kriterien: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen

(3) **Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Kriterien: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch

(4) **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

Kriterien: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

(5) **Modul 4: Selbstversorgung**
Kriterien: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde

(6) **Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
Kriterien:
(a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
(b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
(c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen sowie
(d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

(7) **Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
Kriterien: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

§ 3 Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?

Nach ärztlicher Begutachtung der Selbstständigkeiten und Fähigkeiten der versicherten Person erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl in folgenden Schritten:
- Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul (siehe § 4)
- Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich sowie der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte (siehe § 5)
- Ermittlung der Gesamtpunkte durch Addieren der gewichteten Punkte aller Module (siehe § 6)

§ 4 Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?

(1) Je Modul sind für die in den Modulen genannten Kriterien (siehe § 2) die nachfolgend dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden die nachfolgenden aufgeführten Einzelpunkte zugeordnet.

(a) **Modul 1: Einzelpunkte im Bereich Mobilität**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 2 genannten fünf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

(b) **Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 3 genannten elf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

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

(c) **Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 4 genannten dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

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

(d) **Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 5 genannten dreizehn Kriterien, deren Ausprägungen grundsätzlich jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

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

Die Einzelpunkte für die Kriterien der "Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma" und "Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma" gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

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

Kategorien		
entfällt	teilweise	vollständig
0	6	3

Das **Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte)** zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das **Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte)** zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das **Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte)** zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt. Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

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

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

- die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Tag),
- die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Woche) und
- die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Monat)

erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

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

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird summiert. (Beispiel: Erfolgt täglich dreimal eine Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Die Häufigkeit der Maßnahmen pro Woche bzw. pro Monat wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

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

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

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

- **Kriterium "Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung"**
  Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

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

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

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

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

Die Punkte der Kriterien des § 2 Absatz 6 c) werden addiert und anhand der Summe der jeweils erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

- **Einzelpunkte für das Kriterium des § 2 Absatz 6 d)**
  Die Ausprägungen dieses Kriteriums werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

(f) **Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 7 genannten sechs Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul

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

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

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

Wir erläutern Ihnen nachfolgend

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

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

(2) In jedem Modul sind die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

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

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

(3) Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung

- der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie
- der folgenden Gewichtung der Module

die in der Tabelle in § 6 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet.

Die Module werden wie folgt gewichtet:

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

Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht.

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

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

§ 6 Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

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

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

Ermittlung der Gesamtpunktzahl

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

Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option

(Stand 15.03.2025)

A. Karenzzeit

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

B. Wartezeit

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

C. Schwere Krankheiten

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

1. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

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

a) Auftreten der typischen Brustschmerzen (pectanginösen Schmerzen)

b) frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien

c) für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern

d) Nachweis der Infarktnarbe durch eine Reduzierung der Funktion der linken oder rechten Herzkammer durch den Herzinfarkt.

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

2. Schlaganfall (Apoplektischer Insult)

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

a) Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch ein Computertomogramm (CT), ein Kernspintomogramm (MRI) oder andere gleichwertige bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.

b) Hat die versicherte Person das dritte Lebensjahr vollendet, so muss der Schlaganfall zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
- Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- Vollständiger dauerhafter, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernder Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neurologisch nachgewiesen werden.
- Bei der versicherten Person liegt eine durch einen Schlaganfall verursachte Schädigung des Sehzentrums im Gehirn mit den Folgen eines Gesichtsfeldausfalles beider Augen vor. Es muss auf beiden Augen mindestens je ein Quadrant auf der gleichen Seite betroffen sein und die Diagnose ist durch einen Augenarzt zu bestätigen.

c) Hat die versicherte Person das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet, so muss der Schlaganfall zu einer dauerhaften, neurologisch nachweisbaren schweren Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Entwicklung der versicherten Person führen.

d) Die Beurteilung, ob die oben aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, hat frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall zu erfolgen, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Insofern wird die in dem Paragraphen "Wann können Sie eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit beantragen?" (Dread Disease-Option) der Allgemeinen Bedingungen genannte Karenzzeit von 28 Tagen für diese Krankheit durch drei Monate ersetzt.

3. Chronisches Nierenversagen (Anurie)

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

4. Krebs

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die ärztliche Diagnose muss durch Vorlage des feingeweblichen (histologischen) - bzw. für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome blutzellnachweislichen (zytologischen) -Befundes bestätigt sein.

Besondere Wartezeit bei einer Krebserkrankung und Leistungsausschlüsse:

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

- nach einer innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrags eingetretenen Krebserkrankung zu einem späteren Zeitpunkt Tochtergeschwülste (Metastasen) auftreten.

b) Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Diese sind medizinisch wissenschaftlich wie folgt definiert:
- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
- Frühformen der Leukämie (außer der Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt.
- Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
- Carcinoma-in-situ oder prae-maligne Formen.
- Frühformen des Muttermundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
- Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
- Frühformen des Schilddrüsenkrebs oder Blasenkrebs als papilläre Mikrokarzinome.

c) Ferner fallen - unabhängig vom Stadium - das Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung nicht unter den Versicherungsschutz.

5. Multiple Sklerose

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

a) Bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein.

b) Bei chronisch voranschreitendem (progredientem) Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der erstmaligen ärztlichen Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein. Insofern wird bei chronisch voranschreitendem Verlauf die in dem Paragrafen "Wann können Sie eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit beantragen?" (Dread Disease-Option) der Allgemeinen Bedingungen genannte Karenzzeit von 28 Tagen durch ein Jahr ersetzt.

c) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
- Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Die versicherte Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- Es liegt ein neurologisch nachgewiesener Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom) vor.

Besondere Wartezeit bei Multipler Sklerose und Leistungsausschluss:

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

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

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

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

a) Die versicherte Person muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben, und der Beruf der versicherten Person muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.

b) Die versicherte Person muss innerhalb von fünf Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.

c) Die Serokonversion muss innerhalb von sechs Monaten nach dem Vorfall erfolgen.

d) Innerhalb von zwölf Monaten nach dem Vorfall müssen HIV-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.

e) Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufständischen Organisationen anerkannt worden sein.

Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:
- Ärztinnen (Allgemeinärztinnen, Fachärztinnen, etc.)
- Ärzte (Allgemeinärzte, Fachärzte, etc.)
- Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Krankenschwestern und Krankenpfleger
- Personal in medizinischen Einrichtungen
- Krankenhaushilfspersonal
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Arzthelferinnen und Arzthelfer
- Zahnarzthelferinnen und Zahnarzthelfer
- Hebammen
- Sanitäterinnen und Sanitäter
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Polizistinnen und Polizisten
- Gefängnispersonal
- Zahntechnikerinnen und Zahntechniker

7. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien)

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

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

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

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

(Stand 15.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?	§ 1
Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge und Versicherungsleistungen?	§ 2
Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	§ 3
Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	§ 4
Wann entfallen Erhöhungen?	§ 5

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen mit Ausnahme der Risiko-Zusatzversicherung erhöht sich jeweils

- im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung, mindestens jedoch um jährlich 5 % des jeweiligen Vorjahresbeitrags

oder

- um einen bei Vertragsabschluss vereinbarten ganzzahligen Prozentsatz zwischen 1 % und 10 %. Dabei wird die Erhöhung immer vom jeweiligen Vorjahresbeitrag berechnet.

Der vereinbarte Erhöhungsmaßstab wird im Versicherungsschein genannt.

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

(3) Ist als Erhöhungsmaßstab der Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung vereinbart, ist das Verhältnis zwischen dem Höchstbeitrag am jeweiligen Erhöhungstermin und dem Höchstbeitrag zu Beginn des vorangegangenen Versicherungsjahres maßgeblich.

(4) Bei einer Änderung des Beitrags gemäß der "Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept" ist der geänderte Beitrag Grundlage für die planmäßige Erhöhung.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

(3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt fünf Jahre vor Beginn der Abrufphase.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Verwendung der zusätzlichen Beiträge für die Hauptversicherung erfolgt analog zu der Verwendung des ursprünglich vereinbarten Beitrags ab dem Erhöhungstermin. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter*) der versicherten Person, der restlichen Laufzeit des Vertrags und dem bei Vertragsabschluss gültigen Tarif. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

(2) Wir sind berechtigt, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen des bestehenden Vertrags künftigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen berichtigte Rechnungsgrundlagen zugrunde zu legen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu sichern.

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

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

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

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

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

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

(1) Alle im Rahmen des Vertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, gelten ebenfalls für die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph "Wie werden die Abschlusskosten verrechnet?" der Allgemeinen Bedingungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen in den Paragraphen der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen, die im Zusammenhang mit der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung genannt werden, nicht erneut in Lauf. Die Erhöhungen sind wie die vereinbarten Grundversicherungen an den Überschüssen beteiligt.

§ 5 Wann entfallen die Erhöhungen?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Entfallene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(3) Sollten Sie dreimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(4) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ohne Leistungsdynamik mit eingeschlossen, erfolgen im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen keine Erhöhungen, solange Ihre Beitragszahlungspflicht aufgrund einer Leistung aus der Zusatzversicherung ganz oder teilweise entfällt.

---

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

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

Welche Steuerregelungen gelten für die private Rentenversicherung?

(Stand 13.01.2025)

1. Einleitung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 13.01.2025). Es können nur allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung gegeben werden. Insbesondere erheben diese Informationen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, etwa hinsichtlich bestimmter steuerrechtlicher Voraussetzungen und Rechtsfolgen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung Ihrer Versicherung ändern. Bitte berücksichtigen Sie, dass bei etwaigen Änderungen keine Information gegenüber dem Versicherungsnehmer erfolgt.

Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen.

2. Einkommensteuer

2.1 Sonderausgabenabzug

Die Beiträge zu einer privaten (fondsgebundenen) Rentenversicherung mit aufgeschobener und sofort beginnender lebenslanger (zeitlich unbefristeter) Rentenzahlung können nicht als Sonderausgaben geltend gemacht werden.

Beiträge zu Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als Sonderausgaben nach § 10 Abs. 1 Nr. 3a Einkommensteuergesetz (EStG) abzugsfähig, soweit die Vorsorgeaufwendungen im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG die nach § 10 Abs. 4 EStG zu berücksichtigenden Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen nicht überschreiten.

Es können nur dann Aufwendungen zu Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen als Sonderausgaben abgezogen werden, wenn sie auf einer eigenen Verpflichtung des Steuerpflichtigen beruhen, er also Versicherungsnehmer ist. Bei Ehegatten und Lebenspartnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (im Folgenden "eingetragener Lebenspartner" genannt), die zusammen zur Einkommensteuer veranlagt werden, kommt es für den Abzug von Sonderausgaben nicht darauf an, ob sie der Ehemann oder die Ehefrau bzw. der andere eingetragene Lebenspartner geleistet hat.

2.2 Rentenleistung aus der Hauptversicherung

Lebenslange Leibrente

Gezahlte lebenslange Leibrenten (Altersrenten) unterliegen in Höhe des Ertragsanteils als sonstige Einkünfte der Besteuerung. Der Ertragsanteil wird mit einem Prozentsatz aus den jährlichen Renten errechnet. Dieser Prozentsatz richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Beginn der Rentenzahlung (vgl. § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG.

Werden Leibrenten nach dem Tod der versicherten Person während einer Rentengarantiezeit weitergezahlt, unterliegen diese Renten während der Rentengarantiezeit weiterhin mit ihrem unveränderten Ertragsanteil der Einkommensteuer.

Abgekürzte Leibrente

Wird die Rentenleistung als abgekürzte Leibrente gezahlt, unterliegen die Zahlungen in Höhe des nach § 55 Abs. 2 EStDV besonders ermittelten Ertragsanteils als sonstige Einkünfte der Besteuerung (§ 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG in Verbindung mit § 55 Abs. 2 EStDV).

2.3 Kapitalleistung aus der Hauptversicherung

Bei Rentenversicherungen gehören die Erträge aus konventionellen und fondsgebundenen privaten Rentenversicherungen bei Kapitalleistungen im Erlebensfall und bei Rückkauf zu den Einkünften aus Kapitalvermögen. Eine Kapitalleistung, soweit ein Teil der Versicherungsleistung nicht als Rente gezahlt wird, oder eine Abfindung eines laufenden Rentenzahlungsanspruch der ausstehenden Renten der Rentengarantiezeit abgegolten wird, richtet sich hinsichtlich der Besteuerung daher nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG.

Der steuerpflichtige Ertrag ist der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG).

Bei fondsgebundenen Versicherungen sind 15 Prozent des Unterschiedsbetrags steuerfrei oder dürfen nicht bei der Ermittlung der Einkünfte abgezogen werden, soweit dieser aus Investmenterträgen von Investmentfonds stammt (vgl. § 20 Absatz 1 Nr. 6 Satz 9 EStG) (sogenanntes Teilfreistellungsverfahren).

Erfolgt die Kapitalleistung nach Beginn der Rentenzahlung, wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrags berücksichtigt, dass auf die bis zum Zeitpunkt der Auszahlung geleisteten Rentenzahlungen anteilige Versicherungsbeiträge entfielen.

Beiträge zu Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen dürfen nicht von der Versicherungsleistung abgezogen werden, d. h. sie dürfen den Ertrag nicht mindern.

Besteht die Leistung aus einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in einer Beitragsbefreiung für den Hauptvertrag, ist für die Berechnung des Unterschiedsbetrags ein rechnerischer Ausgleichsposten in Höhe der angenommenen oder tatsächlich durch das Versicherungsunternehmen übernommenen Beiträge bei der Berechnung des Unterschiedsbetrags ertragsmindernd zu berücksichtigen.

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

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

Werden wesentliche Vertragsmerkmale einer Versicherung (Versicherungslaufzeit, Versicherungssumme, Beitragshöhe, Beitragszahlungsdauer) geändert, kann dies steuerlich im Umfang der Änderung als neuer Vertrag gelten, für den die Mindestvertragsdauer bzw. die Regelungen zum vollendeten 62. Lebensjahr ab dem vereinbarten Änderungszeitpunkt neu zu laufen beginnen.

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

Die steuerpflichtigen Erträge unterliegen grundsätzlich der Kapitalertragsteuer in Höhe von 25% der Kapitalerträge zuzüglich des Solidaritätszuschlages (§ 43a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 EStG, § 3 Abs. 1 Nr. 5 Solidaritätszuschlagsgesetz 1995), der durch den Steuerabzug abgegolten wird (Abgeltungsteuer). Bei der Anwendung des Halbeinkünfteverfahrens (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG) können im Rahmen Ihrer Veranlagung Besonderheiten gelten. Bitte lassen Sie sich in diesem Fall steuerlich beraten.

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

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

Leistungen, die als Todesfallleistungen gezahlt werden, unterliegen nicht der Einkommensteuer.

2.4 Leistungen aus Zusatzversicherungen
Gezahlte Renten aus Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen unterliegen in Höhe des Ertragsanteils für abgekürzte Leibrenten als sonstige Einkünfte der Besteuerung (vgl. § 22 Nr. 1 a) bb) EStG in Verbindung mit § 55 Abs. 2 EStDV. Der Ertragsanteil bemisst sich i.d.R. nach der Zeitspanne zwischen dem Eintritt des Versicherungsfalles (Begründung der Berufsunfähigkeit) und dem voraussichtlichen Leistungsende (z.B. Erreichen einer Altersgrenze oder Beginn der Altersrente bei einer kombinierten Rentenversicherung).

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

Kapitalleistungen aus Risiko-Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

Renten aus einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung unterliegen in Höhe des Ertragsanteils als sonstige Einkünfte der Besteuerung gem. § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG. Der Ertragsanteil wird mit einem Prozentsatz aus den jährlichen Renten errechnet. Dieser Prozentsatz richtet sich nach dem Alter der mitversicherten Person bei Beginn der Rentenzahlung.

2.5 Veräußerung einer kapitalbindenden Versicherung
Zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehört auch der Gewinn aus der Veräußerung von Ansprüchen auf eine Versicherungsleistung, § 20 Abs. 2 Nr. 6 EStG. Die Versicherer sind gesetzlich verpflichtet nach Kenntniserlangung von einer Veräußerung unverzüglich Mitteilung an das für den Steuerpflichtigen zuständige Wohnfinanzamt zu machen und auf Verlangen des Steuerpflichtigen eine Bescheinigung über die Höhe der entrichteten Beiträge im Zeitpunkt der Veräußerung zu erteilen.

3. Versicherungsteuer
Die Beiträge zu Lebensversicherungen sowie Zusatzversicherungen, unterliegen grundsätzlich nicht der inländischen Versicherungsteuer. Bei einem Wegzug ins Ausland hat der Versicherungsnehmer die Provinzial hierüber zu informieren. Gegebenenfalls fällt eine ausländische Versicherungssteuer an.

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

Eine Versicherung dient der Versorgung der versicherten Person oder von deren Angehörigen, wenn die Versicherungsleistung diesen zugutekommen soll. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der versicherten Person oder deren Angehörigen ein unbedingter Anspruch oder ein Bezugsrecht aus der Versicherung zusteht, die versicherte Person ein Angehöriger des Versicherungsnehmers ist und dieser die Versicherungsleistung für den Angehörigen beanspruchen kann, der Versicherung eine entsprechende gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers gegenüber der versicherten Person zugrunde liegt oder der Versicherungsnehmer die Versicherung zur Abdeckung der Risiken einer Personengruppe abschließt und er die Versicherungsleistung nur für die Gruppenmitglieder beanspruchen kann.

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

Angehörige der versicherten Person nach § 7 PflegeZG und § 15 AO sind insbesondere
- der Verlobte, solange die Verlobung besteht,
- der Ehegatte oder Lebenspartner, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- die Großeltern, Eltern, Schwiegereltern und Stiefeltern,
- die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder und
- die Geschwister und deren Kinder.

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

Ändern sich nach Vertragsabschluss Umstände, die zu einer von der anfänglichen Beurteilung abweichenden Beurteilung führen, beginnt oder endet die Steuerbefreiung zum Zeitpunkt des Eintritts der Umstände (§ 4 Abs. 2 VersStG).

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

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

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

Die Versicherungsteuer beträgt derzeit 19 Prozent des steuerpflichtigen Beitrags.

Bei steuerpflichtigen Beiträgen informieren wir Sie über
- den Betrag der Versicherungsteuer in Euro,
- den Steuersatz und
- die vom Bundeszentralamt für Steuern erteilte Versicherungsteuernummer, zu der die Steuer abgeführt wird.

4. Umsatzsteuer
Beiträge zu und Leistungen aus Versicherungen sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei. Dies gilt einheitlich für die Europäische Union.

5. Erbschaft-/Schenkungsteuer
Erhalten Sie selbst die Versicherungsleistung, ist diese nicht erbschaft- / schenkungsteuerpflichtig. Die Ansprüche oder Leistungen aus Rentenversicherungen und etwaigen Zusatzversicherungen können der Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer unterliegen, wenn sie einem anderen als dem Versicherungsnehmer ausgezahlt oder zur Verfügung gestellt werden. Dieses gilt auch bei einem Wechsel des Versicherungsnehmers oder einer Beteiligung eines weiteren Versicherungsnehmers an dem Vertrag. In diesem Fall wird der in der Versicherung liegende Vermögenswert der Versicherung übertragen. Er wird mit dem aktuellen Rückkaufswert zum Übertragungszeitpunkt bewertet.
Ob tatsächlich Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer anfällt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.
Der Versicherer ist verpflichtet, in Fällen in denen an einen anderen als den Versicherungsnehmer ausgezahlt wird, dem für die Verwaltung der Erbschaftsteuer zuständigen Finanzamt schriftlich anzuzeigen (vgl. § 33 Erbschaftsteuer- und Schenkungssteuergesetz (ErbStG) in Verbindung mit § 3 Erbschaftsteuer-Durchführungsverordnung (ErbStDV)).
Die Anzeige darf bei Kapitalversicherungen unterbleiben, wenn der auszuzahlende Betrag 5.000 Euro nicht übersteigt (§ 3 Abs. 3 ErbStDV).

6. Meldepflichten

Rentenbezugsmitteilung
Der Versicherer hat über die ausgezahlten Leistungen jährlich eine Rentenbezugsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Bund als zentrale Stelle zu übermitteln (§§ 22a, 81 EStG). Sie informiert die Finanzverwaltung entsprechend.

7. Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland
Wenn Sie während der Beitragszahlungsdauer Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, kann ein Sonderausgabenabzug im Inland entfallen.

Sofern die bezugsberechtigte Person aus dem Vertrag den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, könnten die Rentenzahlungen oder eine Kapitalleistung in Deutschland der beschränkten Einkommensteuerpflicht unterliegen, aber auch aufgrund eines etwaigen Doppelbesteuerungsabkommens in Deutschland steuerfrei, aber im Ausland steuerpflichtig sein.

Lassen Sie sich in einem solchen Fall von einem Steuerberater steuerlich beraten.

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

(Stand 13.01.2025)

1. Einleitung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 13.01.2025). Es können nur allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung gegeben werden. Insbesondere erheben diese Informationen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, etwa hinsichtlich bestimmter steuerrechtlicher Voraussetzungen und Rechtsfolgen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung Ihrer Versicherung ändern. Bitte berücksichtigen Sie, dass bei etwaigen Änderungen keine Information gegenüber dem Versicherungsnehmer erfolgt.

Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen.

Eine betrieblich veranlasste Kapital-Lebens- und Rentenversicherung liegt vor, wenn der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer auf das Leben des Arbeitnehmers eine Versicherung abschließt, aus der der Arbeitgeber ausschließlich bezugsberechtigt ist. Sie dient bspw. dazu, dem Arbeitgeber die Mittel zur Erfüllung einer Pensionszusage an den Arbeitnehmer zu verschaffen (Rückdeckungsversicherung). Der Arbeitgeber ist alleiniger Beitragszahler. Auch Beiträge, die durch eine Entgeltumwandlung des Arbeitnehmers finanziert werden, sind steuerlich dem Arbeitgeber zuzuordnen.

2. Einkommensteuer/ Körperschaftsteuer

2.1 Abzugsfähigkeit der Zuwendungen als Betriebsausgaben

Beiträge zu betrieblich veranlassten Kapital-Lebens- und Rentenversicherungen (in Betracht kommen z. B. Rückdeckungsversicherungen zu Pensionszusagen) sind bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig. Sofern eine Gewinnermittlung nach Einnahmeüberschussrechnung (§ 4 Absatz 3 Einkommenssteuergesetz (EStG)) erfolgt, sind ggf. steuerliche Spezialvorschriften zu beachten. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall an Ihren Steuerberater.

2.2 Besteuerung von Ansprüchen und Leistungen einer betrieblichen Versicherung beim Arbeitgeber

Die Ansprüche auf Leistungen aus Lebens- und Rentenversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, sind bei Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich als Forderung grundsätzlich mit ihren Anschaffungskosten anzusetzen. Anschaffungskosten sind die bis zum jeweiligen Bilanzstichtag vom Versicherungsnehmer unmittelbar aufgewendeten Sparanteile der Versicherungsprämien (Sparbeiträge) zzgl. der Zinsansprüche sowie der Guthaben aus Überschussbeteiligungen. Hierfür ist das vom Versicherer jeweils nachgewiesene Deckungskapital (Deckungsrückstellung) die Bewertungsgrundlage und der Bewertungsmaßstab. Hierzu gehören alle aus dem Versicherungsverhältnis resultierenden Ansprüche gegen den Versicherer (z. B. Guthaben aus Überschussbeteiligungen, verzinslichen Ansammlungen, Anwartschaften aus Hinterbliebenenleistungen usw.). Eine Begrenzung des Bilanzansatzes auf den Betrag etwaiger passivierter Pensionsrückstellungen ist nicht zulässig.

Der Anspruch aus der Rückdeckung einer Zusage auf Hinterbliebenenversorgung ist mit dem vom Versicherer nachgewiesenen Deckungskapital (Deckungsrückstellung) zu aktivieren.

Der Anspruch aus einer Kapital-Lebensversicherung, die mit einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kombiniert ist, ist auch nach Eintritt der Berufsunfähigkeit als ein einheitliches Wirtschaftsgut zu aktivieren und mit dem Rechnungszins zu bemessen, den der Versicherer für die Berechnung der Deckungsrückstellung für die Lebensversicherung verwendet hat.

Handelt es sich bei der betrieblich veranlassten Kapital-Lebens- bzw. Rentenversicherung um eine Rückdeckungsversicherung, mit der dem Arbeitgeber die Mittel zur Erfüllung einer Pensionszusage an den Arbeitnehmer verschafft werden, stellen der Rückdeckungsanspruch einerseits und die Pensionsverpflichtung andererseits steuerlich unabhängig voneinander zu bilanzierende Wirtschaftsgüter dar. Eine Saldierung des Rückdeckungsanspruchs mit der Pensionsrückstellung ist steuerlich nicht zulässig.

Fällige Versicherungsleistungen aus Kapital-Lebens- bzw. Rentenversicherungen oder aus Zusatzversicherungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Gleichzeitig ist der Aktivwert der Versicherungsansprüche aufzulösen oder gegebenenfalls zu vermindern.

Bei der Gewinnermittlung durch Einnahmenüberschussrechnung entfällt eine Aktivierung der Versicherungsansprüche. Die vereinnahmte Versicherungsleistung ist als Betriebseinnahme zu erfassen. Im Saldo wirkt sich damit die vereinnahmte Versicherungsleistung vermindert um die im Jahr der Vereinnahmung als Betriebsausgabe abzugsfähigen Beiträge auf den Gewinn aus.

Besteht die Versicherungsleistung in einer Kapitalzahlung, muss die Versicherung Kapitalertragsteuer zzgl. Solidaritätszuschlag einbehalten. Bemessungsgrundlage für die Kapitalertragsteuer ist der in der Kapitalzahlung enthaltene Kapitalertrag. Kapitalertrag ist der Unterschiedsbetrag zwischen der Kapitalauszahlung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge. Die Kapitalertragsteuer beträgt 25 % des Kapitalertrages. Der Solidaritätszuschlag beläuft sich auf 5,5 % der Kapitalertragsteuer. Die anfallende Kapitalertragsteuer und der Solidaritätszuschlag können auf die zu entrichtende Ertragssteuer angerechnet werden.

Von der ab 2009 geltenden Abgeltungsbesteuerung sind betrieblich veranlasste Kapital-Lebens- und Rentenversicherungen, die zum Betriebsvermögen gehören, nicht betroffen, d. h. die einbehaltenen Steuerabzugsbeträge (Kapitalertragsteuer, Solidaritätszuschlag) haben nur Anrechnungswirkung.

Auf Leistungen in Form einer Rente wird keine Kapitalertragsteuer und kein Solidaritätszuschlag einbehalten.

2.3 Steuerliche Behandlung der Versicherung beim Arbeitnehmer

Der Abschluss der betrieblich veranlassten Kapital-Lebens- bzw. Rentenversicherung, die nicht nach den Regelungen des Altersvermögensgesetzes oder des Alterseinkünftegesetzes gefördert wird, hat für den Arbeitnehmer keine steuerliche Konsequenz. Der Arbeitnehmer ist lediglich versicherte Person. Versicherungsnehmer und Bezugsberechtigter ist der Arbeitgeber. Auch eine Verpfändung der Ansprüche aus dieser Versicherung ist ohne steuerliche Auswirkung beim Arbeitnehmer.

Wird aber der Anspruch aus einer solchen Versicherung ohne Entgelt auf den Arbeitnehmer übertragen oder in eine Direktversicherung umgewandelt, fließt dem Arbeitnehmer im Zeitpunkt der Übertragung bzw. Umwandlung ein lohnsteuerpflichtiger geldwerter

Vorteil zu. Der geldwerte Vorteil entspricht grundsätzlich dem geschäftsplanmäßigen Deckungskapital zuzüglich einer bis zu diesem Zeitpunkt zugeteilten Überschussbeteiligung. In diesem Fall gelten dann andere steuerliche Regelungen.

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

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

4. Versicherungsteuer
Die Beiträge zu (betrieblichen) Kapital-Lebens- und Rentenversicherungen als Rückdeckungsversicherung unterliegen grundsätzlich nicht der inländischen Versicherungsteuer, § 4 Absatz 1 Nr. 5 VersStG i.V.m. § 1 Absatz 6 S. 2 Nr. 3 VersStDV).

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

Eine Versicherung dient der Versorgung der versicherten Person oder von deren Angehörigen, wenn die Versicherungsleistung diesen zugutekommen soll. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der versicherten Person oder deren Angehörigen ein unbedingter Anspruch oder ein Bezugsrecht aus der Versicherung zusteht, die versicherte Person ein Angehöriger des Versicherungsnehmers ist und dieser die Versicherungsleistung für den Angehörigen beanspruchen kann, der Versicherung eine entsprechende gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers gegenüber der versicherten Person zugrunde liegt oder der Versicherungsnehmer die Versicherung zur Abdeckung der Risiken einer Personengruppe abschließt und er die Versicherungsleistung nur für die Gruppenmitglieder beanspruchen kann.

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

Angehörige der versicherten Person nach § 7 PflegeZG und § 15 AO sind insbesondere
- der Verlobte, solange die Verlobung besteht,
- der Ehegatte oder Lebenspartner, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- die Großeltern, Eltern, Schwiegereltern und Stiefeltern,
- die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder und
- die Geschwister und deren Kinder.

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

Ändern sich nach Vertragsabschluss Umstände, die zu einer von der anfänglichen Beurteilung abweichenden Beurteilung führen, beginnt oder endet die Steuerbefreiung zum Zeitpunkt des Eintritts der Umstände (§ 4 Abs. 2 VersStG).

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

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

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

Die Versicherungsteuer beträgt derzeit 19 Prozent des steuerpflichtigen Beitrags.

Bei steuerpflichtigen Beiträgen informieren wir Sie über
- den Betrag der Versicherungsteuer in Euro,
- den Steuersatz und
- die vom Bundeszentralamt für Steuern erteilte Versicherungsteuernummer, zu der die Steuer abgeführt wird.

5. Umsatzsteuer
Leistungen im Versicherungsbereich sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei. Dies gilt einheitlich für die Europäische Union.

Welche Steuerregelungen gelten für eine kongruent rückgedeckte Unterstützungskassenzusage?

(Stand 13.01.2025)

1. Einleitung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 13.01.2025). Es können nur allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung gegeben werden. Insbesondere erheben diese Informationen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, etwa hinsichtlich bestimmter steuerrechtlicher Voraussetzungen und Rechtsfolgen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

Die Anwendung der in den steuerlichen Informationen für den Versorgungsweg der Unterstützungskasse aufgezeigten Steuerregelungen kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung ändern. Bitte berücksichtigen Sie, dass bei etwaigen Änderungen keine Information gegenüber dem Leser dieses Informationsblattes erfolgt.

Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen.

2. Einkommensteuer/ Körperschaftsteuer

2.1 Abzugsfähigkeit der Zuwendungen als Betriebsausgaben

Zuwendungen des Trägerunternehmens (Arbeitgeber) an die Unterstützungskasse dienen der Finanzierung der Versorgungsleistungen an die Zugehörigen (Arbeitnehmer) des Unternehmens. Um Zuwendungen des Trägerunternehmens handelt es sich auch im Falle einer Entgeltumwandlung.

Die Zuwendungen des Arbeitgebers an die Unterstützungskasse sind unter den Voraussetzungen des § 4d Einkommensteuergesetz (EStG) als Betriebsausgaben abzugsfähig. Leistet der Arbeitgeber Verwaltungskosten an die Unterstützungskasse, sind diese gemäß § 4 Abs. 4 EStG als Betriebsausgabe abzugsfähig.

Um die steuerliche Abzugsfähigkeit der Zuwendungen des Arbeitgebers an die Unterstützungskasse als Betriebsausgaben sicherzustellen, müssen insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es müssen laufende Zuwendungen getätigt werden. Laufende Zuwendungen liegen nur dann vor, wenn während der gesamten Laufzeit jährlich Prämien gezahlt werden, die der Höhe nach gleichbleiben oder steigen. Diese Voraussetzung ist auch bei nicht jährlicher (z. B. monatlicher, vierteljährlicher oder halbjährlicher) Zahlweise erfüllt, sofern die jährlichen Prämien der Höhe nach gleich bleibend oder steigend sind.
- Die Rückdeckungsversicherung muss mindestens bis zu dem Zeitpunkt abgeschlossen werden, an dem erstmals Leistungen der betrieblichen Altersversorgung vorgesehen sind, mindestens jedoch bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres des Versorgungsberechtigten, in wenigen Ausnahmefällen auch früher.
- Leistungsanwärter dürfen nur solche Arbeitnehmer sein, die von der Unterstützungskasse schriftlich zugesagte Leistungen erhalten können und am Schluss des Wirtschaftsjahres, in dem die Zuwendung erfolgt, das 23. Lebensjahr vollendet haben, es sei denn, es liegen bereits unverfallbare Versorgungsanwartschaften vor.
- Die Ansprüche aus der Rückdeckungsversicherung dürfen von der Unterstützungskasse nicht zur Sicherung eines Darlehens eingesetzt werden, d. h. eine Beleihung ist nicht gestattet.

2.2 Behandlung der Unterstützungskassenzusage in der Steuerbilanz

Der Arbeitgeber darf auf Grund der gegenüber dem Arbeitnehmer erteilten arbeitsrechtlichen Versorgungszusage in Form der rückgedeckten Unterstützungskasse keine Rückstellungen bilden (vgl. R 6a Abs. 15 Einkommensteuer-Richtlinien (EStR)).

Eine Aktivierung der Rückdeckungsversicherung scheidet aus, da die Leistungen aus der Versicherung nicht dem Arbeitgeber, sondern der Unterstützungskasse zustehen.

2.3 Besteuerung von Leistungen aus der Unterstützungskasse beim Arbeitgeber

Die Unterstützungskasse zahlt die Versorgungsleistungen grundsätzlich brutto an den Arbeitgeber aus, der die Versorgungsleistung nach Versteuerung und Verbeitragung in der Sozialversicherung an die Versorgungsberechtigten weiterleitet. Auf Wunsch kann die Unterstützungskasse bzw. eine von ihr beauftragte Servicegesellschaft anstelle des Arbeitgebers die Abfuhr der Lohnsteuer an die Finanzverwaltung und die Abfuhr der Sozialabgaben an die jeweilige Krankenkasse sowie die Auszahlung der Nettoleistung an den Versorgungsempfänger gebührenpflichtig übernehmen. Voraussetzung für die Übernahme der Rentnerverwaltung ist das Herstellen des Einvernehmens zwischen den Betriebsstättenfinanzämtern der Unterstützungskasse und des Arbeitgebers nach § 38 Abs. 3a EStG, welches regelmäßig auf Antrag der Unterstützungskasse erfolgt.

Den Betriebseinnahmen des Arbeitgebers in Gestalt der zufließenden Versorgungsleistungen stehen unabhängig davon, ob die Rentnerverwaltung durch den Arbeitgeber erfolgt oder auf die Unterstützungskasse ausgelagert wird, die Leistungsauszahlungen an die Versorgungsberechtigten als Betriebsausgaben in gleicher Höhe entgegen.

2.4 Steuerliche Behandlung der Zuwendungen beim Arbeitnehmer

Die Erteilung des Versorgungsversprechens durch den Arbeitgeber führt zu keinem lohnsteuerlichem Zufluss beim Arbeitnehmer. Entsprechendes gilt für das Versorgungsversprechen der Unterstützungskasse, denn die Unterstützungskasse gewährt auf die Leistungen weder einen Rechtsanspruch, noch legt sie ihre Mittel so an, dass von einem steuerlichen Zufluss beim Arbeitnehmer ausgegangen werden kann.

Der Abschluss der Rückdeckungsversicherung durch die Unterstützungskasse hat für den Arbeitnehmer keine steuerliche Konsequenz. Der versorgungsberechtigte Arbeitnehmer ist lediglich versicherte Person. Versicherungsnehmer und Bezugsberechtigter ist die Unterstützungskasse.

Die Verpfändung der Rückdeckungsversicherung an den Arbeitnehmer und seine versorgungsberechtigten Hinterbliebenen führt zu keiner anderen steuerlichen Beurteilung, denn es fehlt an einem Rechtsanspruch des Arbeitnehmers gegenüber der Unterstützungskasse.

2.5 Steuerliche Behandlung der Leistungen beim Arbeitnehmer

Der Versorgungsempfänger bezieht mit den Leistungen Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit in Form von Versorgungsbezügen (vgl. § 19 Abs. 1 Nr. 2 EStG). Der Arbeitgeber behält die Lohnsteuerabzugsbeträge ein und führt diese an das Finanzamt ab. Im Falle der

Rentnerverwaltung durch die Unterstützungskasse erfolgt der Lohnsteuerabzug und die Abführung an das Finanzamt durch die Unterstützungskasse bzw. eine von ihr beauftragte Servicegesellschaft.

4. Versicherungsteuer
Eine Rückdeckungsversicherung dient zur Finanzierung einer an die versicherte Person (Risikoperson) erteilten Versorgungszusage. Bezugsberechtigt aus der Rückdeckungsversicherung ist die Unterstützungskasse. Die Leistungen aus der Rückdeckungsversicherung dienen im Ergebnis mittelbar der Versorgung der versicherten Person (Risikoperson). Die Versicherung ist unter den Voraussetzungen des § 4 Absatz 1 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz (VersStG) in Verbindung mit § 1 Abs. 6 S. 2 Nr. 3 VersStDV von der inländischen Versicherungsteuer befreit.

4. Umsatzsteuer:
Beiträge zu und Leistungen aus Versicherungen sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei. Dies gilt einheitlich für die Europäische Union.

Internationaler Austausch von Steuerdaten über Finanzkonten

(Stand 15.03.2025)

Zur Förderung der Steuerehrlichkeit bei internationalen Sachverhalten kann für uns die gesetzliche Verpflichtung entstehen, zu Ihrem Vertrag Informationen, Daten und Unterlagen zu erheben. Wir verarbeiten die erhobenen Daten und melden sie gegebenenfalls an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt). Das BZSt leitet die von uns gemeldeten Daten an die zuständige ausländische Behörde des jeweiligen Staates weiter.

Sie müssen uns alle Angaben offenlegen, die zur Erfüllung unserer Pflichten erforderlich sind. Bei Änderungen an den gemachten Angaben müssen Sie uns darüber informieren. **Insbesondere müssen Sie uns über Ihren Umzug ins Ausland informieren.**

Wir sind gesetzlich verpflichtet, zu überprüfen, ob für folgende Staaten meldepflichtige Verträge vorliegen:
- Mitgliedstaaten der EU
- USA
- sonstige Staaten, die die Vereinbarung vom 29.10.2014 über den automatischen Austausch von Informationen über Finanzkonten unterzeichnet haben.

Meldepflichtig sind Verträge, bei denen der Kontoinhaber (z. B. Versicherungsnehmer, Leistungsempfänger) in einem der genannten Staaten steuerlich ansässig ist. Diese steuerliche Ansässigkeit richtet sich nach den Rechtsvorschriften in den jeweiligen Staaten. Sie kann z. B. begründet sein durch Wohnsitz, Staatsangehörigkeit, Einwanderungsvisum, Aufenthalte oder Arbeitsort.

Wenn eine ausländische steuerliche Ansässigkeit vorliegt, sind wir zur Erhebung und Weiterleitung folgender Daten verpflichtet:
- Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer/n sowie gegebenenfalls Geburtsdatum und -ort jeder meldepflichtigen Person,
- Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer/n jeder meldepflichtigen juristischen Person sowie Name, Anschrift, Steueridentifikationsnummer/n, Geburtsdatum und -ort jeder ermittelten beherrschenden meldepflichtigen Person. Dafür müssen wir zusätzlich über Sitz und Organisation, sowie die für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Eigentümerstruktur informiert werden.

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

Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen - Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept

(Stand 15.03.2025)

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

Abgaben und Gebühren

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

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

Darüber hinaus werden folgende Gebühren erhoben:

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

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

Tarifabhängige Begrenzungen

1) Rentenversicherung

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

2) Risiko-Zusatzversicherung

	a) Mindestversicherungssumme:	3.000 EUR
	b) Maximale Todesfallleistung (Versicherungssumme zzgl. Todesfallbonus) 100 % der geplanten Beitragssumme, höchstens 20.000 EUR	

3) Beitragsfreistellung / Beitragsstundung (bzw -pause)

	- Mindestwert des Vertragsguthabens bei vollständiger Beitragsfreistellung	2.500 EUR
	- Mindestwert des Vertragsguthabens bei teilweiser Beitragsfreistellung	1.000 EUR
	- Mindestwert des Vertragsguthabens zu Beginn der Beitragsstundung (bzw. -pause)	1.000 EUR