Kundeninformationen für das GenerationenDepot Invest

der Provinzial Lebensversicherung Aktiengesellschaft
(KG 30b Stand 15.03.2025)

Inhaltsverzeichnis

- Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest
- Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest
- Bestimmungen zu den schweren Krankheiten bei der Dread Disease-Option
- Welche Steuerregelungen gelten für das GenerationenDepot Invest?
- Internationaler Austausch von Steuerdaten über Finanzkonten
- Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest

(Stand 15.03.2025)

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
Was ist eine fondsgebundene Lebensversicherung? § 1
Welche Leistungen erbringen wir? § 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? § 3
Wer erhält die Leistungen? § 4
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? § 5
Wie sind ein Versicherungsjahr und ein Versicherungsmonat definiert? § 6

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen
Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen? § 7
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person? § 8

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten
Wann können Sie eine Teilauszahlung verlangen? § 9
Wann können Sie eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit beantragen? § 10
Wann können Sie Zuzahlungen leisten? § 11
Welche Möglichkeiten haben Sie bei der Fondsauswahl? § 12

Ihre Pflichten
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? § 13
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens? § 14
Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie? § 15

Beitragszahlung
Wie verwenden wir Ihre Beiträge? § 16
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? § 17
Was geschieht, wenn Sie den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen? § 18

Besonderheiten der Fondsanlage
Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds? § 19

Kündigung
Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, und welche Leistungen erbringen wir? § 20

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Kosten
Wie verrechnen wir die Abschlusskosten? § 21
Welche sonstigen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten? § 22

Sonstige Vertragsbestimmungen
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.

Der **Anlagebeitrag** ist der Teil des Beitrags, der nach Abzug der tariflich festgelegten Kosten verbleibt.

Als **Anlagestock** wird eine gesonderte Abteilung unseres Sicherungsvermögens bezeichnet, in der die auf Ihre Versicherung entfallenden Fondsanteile (Anteile an einem Sondervermögen) für die Versicherungsdauer 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.

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

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 der jeweiligen Fonds. Setzt die Kapitalanlagegesellschaft die Errechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmepreises sowie die Rücknahme der Anteile bzw. setzt die Deutsche Börse den Handel von ETFs an dem maßgeblichen Börsentag aus, ist für die Bewertung der Anteile der nächste Börsentag maßgeblich, an dem ein Rücknahmepreis ermittelt wird bzw. an dem die Deutsche Börse den ETF wieder handelt.

Das **Deckungskapital** ergibt sich aus der Anzahl der Fondsanteile.

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

Das **Fondsguthaben** ist die Summe aller Ihrem Vertrag zugeordneten Fondsanteile, multipliziert mit den jeweils maßgeblichen Anteilswerten der Fonds (Wert des Deckungskapitals).

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

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

Als **Shift** (des Deckungskapitals) wird die vollständige oder teilweise Übertragung des vorhandenen fondsgebundenen Deckungskapitals in andere angebotene Fonds bezeichnet, die wir hierfür anbieten.

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

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.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Was ist eine fondsgebundene Lebensversicherung?

Risiken der Fondsentwicklung

(1) Da die Wertentwicklung der Fondsanteile nicht vorauszusehen ist, können wir den Wert der Leistung im Todesfall oder bei Kündigung nicht garantieren. Sie haben während der Versicherungsdauer die Chance, bei Kurssteigerungen der Anteile der von Ihnen gewählten Fonds einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Wertminderungen bis hin zum Totalverlust sind möglich und können dazu führen, dass der Vertrag vorzeitig erlischt (siehe § 16 Absatz 4).

Fondsgebundenes Deckungskapital

(2) Die fondsgebundene Lebensversicherung bietet Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock besteht aus Anteilen von zur Auswahl stehenden Fonds, an die die Leistungen aus Ihrem Vertrag gebunden sind, und wird gesondert von unserem sonstigen Vermögen angelegt. Die auf Ihren Vertrag anfallenden Anteileinheiten bilden das fondsgebundene Deckungskapital.

(3) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Fondsanteilen nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar den Fonds zu und erhöhen damit den Wert der jeweiligen Fondsanteile. Für Erträge eines Fonds, die ausgeschüttet werden, und Steuererstattungen eines Fonds erwerben wir Anteile des gleichen Fonds und schreiben sie den einzelnen Verträgen gut.

(4) Die Höhe der Leistungen ist vom Wert der insgesamt gutgeschriebenen Fondsanteile abhängig. Das Deckungskapital Ihrer Versicherung ergibt sich aus der Anzahl der auf Ihren Vertrag entfallenden Fondsanteile. Das Fondsguthaben ermitteln wir börsentäglich dadurch, dass wir die Anzahl der auf Ihren Vertrag entfallenden Fondsanteile mit dem jeweiligen Anteilswert des von Ihnen gewählten Fonds multiplizieren. Setzt sich das Deckungskapital Ihrer Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen, ermitteln wir den Wert für jedes Teildeckungskapital getrennt.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

In Abhängigkeit von dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsumfang erbringen wir die folgenden Leistungen:

(1) GenerationenDepot Invest ohne zusätzlichem Todesfallschutz (Tarif 1LF)
Wenn die versicherte Person stirbt, zahlen wir das vorhandene Fondsguthaben zuzüglich 1 % des für die Todesfallleistung maßgebenden Einmalbeitrags. Zu Beginn entspricht der für die Todesfallleistung maßgebende Einmalbeitrag dem von Ihnen zu Beginn der Versicherung gezahlten Einmalbeitrag. Das Fondsguthaben ermitteln wir zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalls.

(2) GenerationenDepot Invest mit zusätzlichem Todesfallschutz (Tarif 1LTF)
Wenn die versicherte Person stirbt, zahlen wir das vorhandene Fondsguthaben zuzüglich 1 % des für die Todesfallleistung maßgebenden Einmalbeitrags. Zu Beginn entspricht der für die Todesfallleistung maßgebende Einmalbeitrag dem von Ihnen zu Beginn der Versicherung gezahlten Einmalbeitrag. Das Fondsguthaben ermitteln wir zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalls.
Wenn die versicherte Person bis zum Jahrestag (siehe § 6 Absatz 1) des Kalenderjahres, in dem sie das 85. Lebensjahr vollendet hat, stirbt und die berechnete Todesfallleistung den für die Todesfallleistung maßgebenden Einmalbeitrag unterschreitet, zahlen wir diesen Einmalbeitrag.

Was gilt für die Auszahlung?

(3) Sie können statt der Auszahlung der Leistungen in Euro verlangen, dass wir - sofern der jeweilige Fonds dies zulässt- die Anteile der von Ihnen gewählten Fonds bis zur Höhe des vorhandenen Deckungskapitals übertragen. Über das Fondsguthaben hinausgehende Leistungen erbringen wir in Euro.
Das Wahlrecht auf Übertragung der Fondsanteile muss

- im Todesfall mit der Meldung des Todesfalls,
- bei Kündigung mit dem Kündigungsschreiben und
- bei Wahl einer Teilauszahlung mit dem Antrag auf Teilauszahlung ausgeübt werden.

(4) Wünschen Sie die Übertragung von Fondsanteilen, erheben wir Übertragungskosten nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest". Dadurch verringert sich die Anzahl der zu übertragenden Fondsanteile. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Fondsanteile in Euro auszuzahlen. Erreicht das Fondsguthaben den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest" nicht, erbringen wir die Leistung in Euro.

(5) Mit der Übertragung aller auf Ihre Versicherung entfallenden Fondsanteile auf ein persönliches Depot und Auszahlung eines gegebenenfalls vorhandenen Restbetrags endet Ihr Vertrag.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrags ist die Wertentwicklung des Anlagestocks, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (siehe § 1). 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. Bewertungsreserven entstehen bei dieser Versicherung nicht.

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
- warum keine Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt (c).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen 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).

Die Beiträge dieser Versicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Todesfallrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis
Weitere Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Sterblichkeit der Versicherten niedriger ist, als die bei der Beitragskalkulation zugrunde gelegte. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Todesfälle 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
Vom 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. Da der Anlagestock immer mit dem Marktwert bilanziert wird, können hieraus keine Bewertungsreserven entstehen. Fondsgebundene Lebensversicherungen erhalten daher keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

(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 in der Regel zum Gewinnverband GenerationenDepot Invest (Tarifwerk 2024) im Abrechnungsverband Fondsgebundene Lebensversicherungen.

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) 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 fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

(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 der versicherten Risiken und der Kosten. 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. Sind Sie versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben.

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. 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. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung kein Versicherungsschutz. Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der Einmalbeitrag zu zahlen (siehe § 17 Absatz 1). Wenn der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt ist, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet (siehe § 18 Absatz 3).

§ 6 Wie sind ein Versicherungsjahr und ein Versicherungsmonat definiert?

Versicherungsjahr

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

Versicherungsperiode

(2) Ein Versicherungsmonat beginnt am Monatsersten und endet mit Ablauf des Tages, der dem folgenden Monatsersten vorangeht.

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

§ 7 Was gilt bei Polizei- oder 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, ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung auf den für den Todestag berechneten Rückkaufswert (§ 20 Absatz 4). Die Berechnung des Rückkaufswertes erfolgt dabei zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalles bei uns. § 20 Absatz 5 gilt entsprechend.

Unsere Leistungen vermindern sich nicht, 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) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem
- vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

vermindert sich unsere Leistung auf die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Leistungen. Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen vermindern sich nicht, 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.

§ 8 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung erbringen wir eine für den Todesfall vereinbarte Leistung, wenn
- seit Abschluss des Vertrags drei Jahre vergangen sind oder
- uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert Ihres Vertrags gemäß § 20 Absatz 4. Die Berechnung des Rückkaufswertes erfolgt dabei zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalles bei uns. § 20 Absatz 5 gilt entsprechend.

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

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 9 Wann können Sie eine Teilauszahlung verlangen?

Sie können während der Versicherungsdauer einmal pro Kalenderjahr jederzeit eine Teilauszahlung verlangen, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Der Antrag auf Teilauszahlung muss uns mindestens zwei Börsentage vor diesem Termin zugegangen sein. Die Teilauszahlung erbringen wir auf Basis des am letzten Börsentag vor dem Termin der Teilauszahlung vorhandenen Fondguthabens.

Die Teilauszahlung entnehmen wir dem Fondsguthaben. Setzt sich das Deckungskapital Ihrer Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen, entnehmen wir den Betrag im Verhältnis der Werte der einzelnen Teildeckungskapitale den einzelnen Teildeckungskapitalen.

Den für die Todesfallleistung maßgebenden Einmalbeitrag setzen wir im gleichen Verhältnis herab, wie sich das Fondsguthaben durch die Entnahme der Teilauszahlung verringert.

Eine Teilauszahlung können Sie nur verlangen, wenn sowohl die Teilauszahlung als auch das verbleibende Fondsguthaben jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest" erreichen.

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

Bei einer erstmals während der Versicherungsdauer festgestellten schweren Krankheit der versicherten Person können Sie jederzeit 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.

Die vollständige Kapitalleistung entspricht dem Rückkaufswert nach § 20. Der Vertrag endet mit der Zahlung der vollständigen Kapitalleistung zum gewünschten Auszahlungstermin.

Anstelle der vollständigen Kapitalleistung können Sie auch eine Teilkapitalleistung nach den für die Teilauszahlung (siehe § 9) geltenden Bestimmungen verlangen.

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 Einmalbeitrags. 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.

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

Für Kapital- bzw. Teilkapitalleistungen bei einer schweren Krankheit erheben wir keine Kosten.

§ 11 Wann können Sie Zuzahlungen leisten?

Sie können während der Versicherungsdauer Zuzahlungen leisten, sofern
- die Summe der auf ein Kalenderjahr entfallenden Zuzahlungen den Höchstbetrag nicht überschreitet,
- die einzelne Zuzahlung den Mindestbetrag von 250 EUR nicht unterschreitet.

Für den Höchstbetrag gelten unsere "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die fondsgebundene Lebensversicherung -GenerationenDepot Invest"

Für eventuelle Zuzahlungen außerhalb dieser Grenzen müssen wir unsere Zustimmung gesondert erklären.

Wir führen den Teil Ihrer Zuzahlung, der nicht zur Deckung der tariflich festgelegten Abschluss- und Vertriebskosten sowie einmaligen Verwaltungskosten vorgesehen ist (Anlagebeitrag) dem Anlagestock zu und rechnen ihn in Anteile des bzw. der von Ihnen gewählten Fonds um (siehe § 16 Absatz 1). Dabei ist für die Umrechnung in Anteile der Börsentag maßgebend, der mit dem jeweiligen Zeitpunkt der Zuführung der Zuzahlung zum Deckungskapital zusammenfällt oder ihm folgt. Alternativ können Sie für die Zuzahlung ein Einstiegsmanagement vereinbaren (siehe § 12 Absatz 2).

Sie können die Zuzahlung - abweichend vom Einmalbeitrag - auch vollständig oder teilweise in andere von uns angebotene Fonds anlegen. In diesem Fall werden zukünftig nur die Fonds beim Re-Balancing (siehe § 12 Absatz 3) berücksichtigt, die in der Aufteilung des Zuzahlungsbetrages enthalten sind.

Jede Zuzahlung erhöht den für die Todesfallleistung maßgebenden Einmalbeitrag.

§ 12 Welche Möglichkeiten haben Sie bei der Fondsauswahl?

Fondswechsel

(1) Sie können während der Versicherungsdauer jederzeit das vorhandene fondsgebundene Deckungskapital Ihres Vertrags vollständig oder teilweise in andere Fonds, die wir im Rahmen dieser fondsgebundenen Lebensversicherung anbieten, umschichten (Shift).

Hierzu wird der Wert des zu übertragenden Deckungskapitals ermittelt und in Anteile der anderen Fonds umgewandelt, wobei der Anteilswert der Fondsanteile zugrunde gelegt wird. Die Übertragung erfolgt zu dem von Ihnen angegebenen Termin bzw. dem nächstfolgenden Börsentag, frühestens jedoch zum zweiten Börsentag nach Eingang des Antrags auf Übertragung bei uns. Haben Sie keinen Zeitpunkt genannt, ist der zweite Börsentag maßgebend, der auf den Eingang Ihres Schreibens folgt. Wenn Sie das Re-Balancing vereinbart haben (siehe Absatz 3) und einen Shift vornehmen, werden zukünftig nur die Fonds beim Re-Balancing berücksichtigt, die in der Aufteilung des Anlagebeitrags enthalten sind.

Für jeden Fondswechsel gelten die in unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest" festgelegten Kosten und tarifabhängigen Begrenzungen.

Einstiegsmanagement

(2) Sie können ein Einstiegsmanagement mit uns vereinbaren, wenn Sie einen Einmalbeitrag zahlen oder eine Zuzahlung (siehe § 11) entrichten. In diesem Fall investieren wir den Anlagebeitrag in einen risikoarmen Startfonds. Genaue Angaben zum Startfonds können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.

Als Dauer für das Einstiegsmanagement können Sie einen Zeitraum von ein bis drei Jahren (in ganzen Jahren) mit uns vereinbaren. Während dieses Zeitraums schichten wir Ihr Fondsguthaben monatlich schrittweise aus dem Startfonds in die gewählten Zielfonds um. Dadurch erfolgt die Anlage zu unterschiedlichen Fondskursen. Die Fondskurse können höher oder niedriger sein als die zum Zeitpunkt der Einmalzahlung. Sie können das Einstiegsmanagement jederzeit kündigen.

Re-Balancing

(3) Sie können ein Re-Balancing mit uns vereinbaren. Die in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds können sich in ihrem Wert unterschiedlich entwickeln. Dadurch ändert sich langfristig das Verhältnis der Fondsanteile und weicht von dem mit Ihnen vereinbarten Anlageverhältnis ab. Das Re-Balancing sorgt dafür, dass das vereinbarte Anlageverhältnis der in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds jährlich zum Jahrestag Ihrer Versicherung wiederhergestellt wird. Stichtag für die Bewertung der Anteile ist der jeweilige Jahrestag.

Der Antrag muss mindestens einen Monat vor dem gewünschten Termin zugegangen sein. Sie können das Re-Balancing jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum nächsten Jahrestag durch eine Mitteilung in Textform beenden. Den Startfonds für ein gegebenenfalls eingeschlossenes Einstiegsmanagement und Fonds, die nicht in der aktuellen Aufteilung des Anlagebeitrags enthalten sind, schichten wir nicht um.

Ihre Pflichten

§ 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 § 15 gegeben wird.

(2) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Zusätzlich muss uns eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, ergeben.

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

(4) Bei Leistungen in Fondsanteilen hat der Empfangsberechtigte uns ein Depot mitteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt Absatz 9 entsprechend.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Leistungen wegen schwerer Krankheit

(5) Wird eine Kapitalleistung bei einer schweren Krankheit gemäß § 10 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.

Fälligkeit der Leistungen und Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflichten

(7) 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 6 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

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

(9) 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 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 Willenserklärung (z. B. eine Mahnung) 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 in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

§ 15 Welche weiteren Mitteilungs- und Auskunftspflichten 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.

Beitragszahlung

§ 16 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

(1) Die für die Beitragskalkulation tariflich festgelegten Abschluss- und Vertriebskosten sowie einmaligen Verwaltungskosten entnehmen wir dem Einmalbeitrag. Der Anlagebeitrag ist der Teil des Beitrags, der nach Abzug dieser Kosten verbleibt. Wir führen den Anlagebeitrag dem Anlagestock zum Zeitpunkt der Beitragsfälligkeit zu und rechnen ihn nach Absatz 3 in Anteile des von Ihnen gewählten Fonds um. Haben Sie festgelegt, dass der Anlagebeitrag in mehreren Fonds angelegt werden soll, erfolgt die Aufteilung des Anlagebeitrags in dem vereinbarten Verhältnis.

(2) Die zur Deckung des versicherten Todesfallrisikos bestimmten, nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Risikobeiträge und die tariflich festgelegten Verwaltungskosten entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats dem Fondsguthaben. Setzt sich das Deckungskapital Ihrer Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen,

entnehmen wir die Risikobeiträge und die Verwaltungskosten im Verhältnis der Werte der einzelnen Teildeckungskapitale.

(3) Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des jeweiligen Fonds. Werden nach den Absätzen 1 und 2 Euro-Beträge dem Deckungskapital zugeführt bzw. entnommen, wird bei der Umrechnung der Euro-Beträge in Fondsanteile bzw. umgekehrt der Anteilswert der Fondsanteile zugrunde gelegt. Dabei ist für die Bewertung der Börsentag maßgebend, der mit dem jeweiligen Zeitpunkt der Zuführung zum Deckungskapital bzw. der Entnahme aus dem Deckungskapital zusammenfällt oder ihm folgt.

(4) Eine ungünstige Wertentwicklung der Anteile der von Ihnen gewählten Fonds kann dazu führen, dass die jeweiligen tariflich festgelegten Kosten und die Risikobeiträge dem Fondsguthaben nicht mehr in voller Höhe entnommen werden können (siehe Absatz 2). In diesem Fall endet der Vertrag zum Ende des Monats, in dem das Fondsguthaben durch die Entnahme der jeweiligen tariflich festgelegten Kosten und der Risikobeiträge aufgebraucht wird. Wir werden Sie hierüber unverzüglich informieren.

§ 17 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Darüber hinaus können Sie Zuzahlungen nach § 11 entrichten.

(2) Sie müssen den Einmalbeitrag sowie etwaige Zuzahlungen auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

§ 18 Was geschieht, wenn Sie den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Sie haben den Einmalbeitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe § 17 Absatz 1) 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.

(2) Wenn Sie den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die im Zusammenhang mit der Erstellung des Versicherungsscheins entstandenen Kosten in angemessener Höhe verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Ist 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.

Besonderheiten der Fondsanlage

§ 19 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?

(1) Wenn eine Kapitalanlagegesellschaft die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilen eines in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds zeitweilig beschränkt, aussetzt oder endgültig einstellt, werden wir Sie unverzüglich informieren.

Ist das Deckungskapital bzw. Teildeckungskapital Ihrer Versicherung von dieser Änderung betroffen, werden wir Ihnen als Ersatz einen neuen Fonds vorschlagen. Der neue Fonds soll dabei in Anlageziel und Anlagepolitik dem bisherigen Fonds weitgehend entsprechen (Ersatzfonds). Sofern Sie unserem Vorschlag innerhalb von sechs Wochen nach unserer Information nicht widersprechen, werden wir das hiervon betroffene Deckungskapital bzw. Teildeckungskapital ab dem von uns genannten Termin frühestens nach Ablauf dieser Frist in den Ersatzfonds umschichten.

Im Fall eines Widerspruchs müssen Sie uns einen anderen Ersatzfonds aus unserem Fondsangebot benennen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die Sie für Ihren Vertrag auswählen können, ist bei uns jederzeit erhältlich. Hierbei entstehen für Sie keine Kosten.

Bei einer kurzfristigen Einstellung der Ausgabe oder Rücknahme von Fondsanteilen werden wir eine Zuzahlung, die vor Ablauf dieser Sechs-Wochen-Frist fällig wird, in den von uns vorgeschlagenen Ersatzfonds investieren.

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

(2) Treten hinsichtlich eines in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds andere erhebliche Änderungen ein, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds durch einen anderen Fonds zu ersetzen. Solche erheblichen Änderungen können beispielsweise eintreten, wenn die Kapitalanlagegesellschaft:
- Nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Gebühren einführt oder erhöht, die uns beim Fondseinkauf bzw. -verkauf belasten
- die Kooperation mit uns beendet oder
- ihre vertraglichen Pflichten erheblich verletzt

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

Als erhebliche Änderung gilt auch, wenn der Fonds Kriterien nicht mehr erfüllt, von denen wir die Aufnahme eines Fonds in das Fondsangebot üblicherweise abhängig machen. In diesem Fall können wir den Fonds mit Zustimmung des Verantwortlichen Aktuars ersetzen. Solche Änderungsanlässe sind insbesondere:
- ein Fonds erfährt eine deutliche Abwertung durch ein renommiertes Ratingunternehmen.
- die Fondsperformance unterschreitet den Marktdurchschnitt vergleichbarer Fonds erheblich.
- der Gesamtwert über alle bei uns bestehenden fondsgebundenen Versicherungen beträgt weniger als 100.000 EUR.

Absatz 1 gilt entsprechend.

Kündigung

§ 20 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 von uns zu zahlende Rückkaufswert in der Regel deutlich geringer als die Summe der gezahlten Beiträge, da dem Anlagestock nur der um die Abschluss- und Vertriebskosten sowie einmaligen Verwaltungskosten verminderte Teil des Einmalbeitrags zufließt (siehe § 16 Absatz 1) und dem Fondsguthaben monatlich die laufenden Verwaltungskosten und die Risikobeiträge entnommen werden (siehe § 16 Absatz 2). Auch in den Folgejahren kann der Rückkaufswert insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung der jeweiligen Fondsanteile niedriger sein als der Einmalbeitrag.

Kündigung
(2) Sie können Ihren Vertrag jederzeit in Textform kündigen.

Die Kündigung wird zu dem von Ihnen angegebenen Kündigungstermin wirksam. Ist dieser bei Eingang des Kündigungsschreibens verstrichen oder haben Sie keinen Zeitpunkt genannt, gilt als Kündigungstermin der Tag, an dem das Kündigungsschreiben bei uns eingeht.

Auszahlung nach Kündigung
(3) Wir zahlen
- den Rückkaufswert (Absatz 4)

Rückkaufswert
(4) Der Rückkaufswert entspricht dem Fondsguthaben. Das Fondsguthaben ermitteln wir zu dem Börsentag, der mit dem von Ihnen angegebenen Kündigungstermin zusammenfällt bzw. ihm folgt. Im Falle des Absatzes 2 Satz 3 jedoch zum zweiten Börsentag nach Eingang des Kündigungsschreibens.

Ein Stornoabzug wird nicht erhoben.

(5) Den Rückkaufswert erbringen wir in Euro, wahlweise in Anteilen der von Ihnen gewählten Fonds. Die Bestimmungen des § 2 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.

Keine Beitragsrückzahlung
(6) Die Rückzahlung des Einmalbeitrags sowie etwaiger Zuzahlungen können Sie nicht verlangen.

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Kosten

§ 21 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) Dem Einmalbeitrag oder einer Zuzahlung werden die Abschlusskosten in Höhe eines festen Prozentsatzes entnommen.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert vorhanden sind (siehe § 20).

§ 22 Welche sonstigen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir pauschal die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten gesondert in Rechnung stellen. Die derzeit gültigen sonstigen Kosten können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können die sonstigen Kosten 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 von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, 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 sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie informieren.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 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 Mitteilung. Sie können dieser Mitteilung den Wert der Fondsanteile sowie das Fondsguthaben entnehmen können; das Deckungskapital wird in Fondsanteilen und das Fondsguthaben in Euro aufgeführt.

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

§ 25 Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?

(1) Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von drei 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, können Sie sich an unsere interne Beschwerdestelle wenden. Diese können Sie über den folgenden Weg erreichen:

www.provinzial-leben.de

Versicherungsombudsmann

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

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

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

Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Rechtsweg

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

§ 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. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz, 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 erset-

zen, 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 fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest

(Stand 23.09.2024)

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

1. Fondsgebundene Kapitalversicherung auf den Todesfall

1.1 Laufende Überschussanteile

1.1.1 Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile
Jeweils zu Beginn eines Versicherungsmonats*) wird ein laufender Überschussanteil zugeteilt. Der laufende Überschussanteil setzt sich aus einem Risikoüberschussanteil für das Todesfallrisiko und einem sonstigen Überschussanteil zusammen. Der sonstige Überschussanteil besteht aus den unten beschriebenen Komponenten. Für die Berechnung der Überschussanteile werden folgende Bemessungsgrößen verwendet:

- Risikoüberschussanteil für das Todesfallrisiko
  dder nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete rechnungsmäßige Beitrag für das Todesfallrisiko in dem jeweiligen Versicherungsmonat*);

- Sonstiger Überschussanteil
  Komponente 1: das aktuelle überschussberechtigte Fondsguthaben sofern und soweit es den für ein Geschäftsjahr deklarierten und in unserem Geschäftsbericht veröffentlichen Mindestwert übersteigt

  Komponente 2: die Anzahl der Anteile der jeweils überschussberechtigten Fonds am Ende des Vormonates bewertet mit dem Kurs des entsprechenden Fonds am Zuteilungstermin. Dabei ist für die Bewertung der Börsentag**) maßgebend, der mit dem Zuteilungstermin zusammenfällt oder - sofern der Zuteilungstermin kein Börsentag**) ist - ihm folgt. Die Höhe des Überschusses kann durch den jeweiligen Fonds beeinflusst werden.

1.1.2 Verwendung der laufenden Überschussanteile
Die jeweils zugeteilten Überschussanteile werden in Fondsanteile umgewandelt und erhöhen das Deckungskapital der Versicherung. Dabei ist für die Bewertung der Börsentag**) maßgebend, der mit dem Zuteilungstermin zusammenfällt oder - sofern der Zuteilungstermin kein Börsentag**) ist - ihm folgt. Setzt sich das Deckungskapital der Versicherung aus Anteilen mehrerer Fonds zusammen, so wird der Überschussanteil entsprechend dem Verhältnis der Werte der Teildeckungskapitale zueinander den jeweiligen Teildeckungskapitalen zugeführt.

2. Zuzahlungen
Zuzahlungen sind am Überschuss beteiligt. Sie verändern die Bemessungsgröße der laufenden Überschussanteile.

---

*) Der erste Versicherungsmonat beginnt mit dem Tag des vereinbarten Beginns der Versicherung und endet mit Ablauf des Tages, der dem folgenden Monatsersten vorangeht. Jeder weitere Versicherungsmonat beginnt am Monatsersten des Folgemonats.

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

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.

Welche Steuerregelungen gelten für die fondsgebundene Lebensversicherung GenerationenDepot Invest?

(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

Abzugsberechtigte Personen

Es können nur dann Aufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden, wenn sie auf einer eigenen Verpflichtung des Steuerpflichtigen beruhen.

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 eingetragene Lebenspartner geleistet hat.

Höchstbetrag

Beiträge zu Risikoversicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen sowie Beiträge zu Unfall-, privaten Erwerbs- und privaten Berufsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherungen sind im Rahmen der geltenden Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben nach § 10 Abs. 1 Nr.3a Einkommensteuergesetz (EStG) abzugsfähig, soweit die Vorsorgeaufwendungen im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG die nach § 10 Abs. 4 EStG zu berücksichtigende Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen nicht überschreiten.

Zudem können Beiträge zu kapitalbildenden Lebensversicherungen nicht als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Kapitalbildende Lebensversicherungen sind insbesondere:

- Lebensversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall gegen laufende Beitragszahlung,
- Lebensversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall gegen Einmalbeitrag,
- fondsgebundene Lebensversicherungen,
- Lebensversicherungen mit lebenslangem Todesfallschutz.

2.2 Laufende Besteuerung

Leistungen aus Lebensversicherungen

Leistungen, die im Todesfall gezahlt werden, unterliegen nicht der Einkommensteuer. Gleiches gilt für die Unterstützungsleistungen, die bei bestimmten Erkrankungen gezahlt werden und weder zu erwarten waren noch durch die versicherte Person herbeigeführt wurden.

Bei Kapitalentnahmen oder bei Rückkauf des Vertrags gehört der Ertrag aus der Lebensversicherung zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gem. § 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 reduziert sich der steuerpflichtige Ertrag um 15 Prozent, soweit dieser aus Investmenterträgen im Sinne des § 52 Absatz 28 Satz 22 EStG stammt (vgl. § 20 Absatz 1 Nr. 6 Satz 9 EStG) (sogenanntes Teilfreistellungsverfahren).

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).

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.

Zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehört auch der Gewinn aus der Veräußerung von Ansprüchen auf eine Versicherungsleistung.

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

Leistungen aus privater Risikoversicherung und Zusatzversicherungen

a) Einmalige Kapitalauszahlungen aus reinen Risikoversicherungen bleiben bei der Einkommensteuer unbesteuert, soweit sie als Todesfallleistung ausgezahlt werden. Die Barauszahlung von Überschüssen sowie die Leistung aufgrund einer verzinslichen Ansammlung der Überschüsse ist bei einer reinen Risikoversicherung keine steuerpflichtige Einnahme. Auch vorgezogene Leistungen im Sinne des § 3 der "Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Smart" bzw. der "Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Komfort" bleiben bei der Einkommensteuer unbesteuert.
b) Kapitalleistungen aus Unfalltod-Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

Leistungen aus selbstständiger privater Berufsunfähigkeits- bzw. privater Erwerbsunfähigkeitsversicherung

a) Gezahlte Renten aus Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherungen unterliegen in Höhe des Ertragsanteils für abgekürzte Leibrenten als sonstige Einkünfte der Besteuerung (vgl. § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG in Verbindung mit § 55 Abs. 2 EStDV).
   Wird eine Anfangshilfe als einmalige Kapitalleistung gezahlt ist diese als Risiko-Leistung nicht einkommensteuerpflichtig. Wird eine Wiedereingliederungshilfe als einmalige Kapitalleistung gezahlt ist diese als Risiko-Leistung nicht einkommensteuerpflichtig.
b) Versicherungsleistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit aus einer Pflegerenten-Zusatzversicherung sind grundsätzlich gemäß § 3 Nr. 1a EStG einkommensteuerfrei, wenn die Versicherungsleistung der versicherten Person zukommt.

Veräußerung einer kapitalbildenden 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, privaten bzw. betrieblichen Risikoversicherungen sowie Beiträge zu den 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

Die Ansprüche oder Leistungen aus Lebensversicherungen, Risikoversicherungen 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, diese Fälle vor Auszahlung bzw. Übertragung 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 - auch bei einer Berufsunfähigkeitsrente - 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.

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 sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die fondsgebundene Lebensversicherung - GenerationenDepot Invest

(Stand 23.09.2024)

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen. Wir können die Bestimmungen zu den Ziffern 1 (Sonstige Kosten) und 2 (Tarifabhängige Begrenzungen) in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie informieren.

1. Sonstige Kosten

Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (z. B. Steuern und Gebühren), die für die Versicherung erhoben werden, sowie die uns in Rechnung gestellten Kosten 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 Kosten in Höhe von 5 EUR.

Für die folgenden besonderen Bemühungen erheben wir Kosten in Höhe von 15 EUR:

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

Für die Ausübung des Wahlrechtes zugunsten der Leistung in Wertpapieren erheben wir Kosten von 100 EUR.

Sofern nicht anders vereinbart, entnehmen wir öffentliche Abgaben und Kosten oder Verzugszinsen Ihrem Fondsguthaben.

2. Tarifabhängige Begrenzungen

a)	Einmalbeitrag	
	- Mindestbetrag	5.000 EUR
	- Höchstbetrag	1.000.000 EUR
b)	Zuzahlungen	
	- Höchstbetrag für die Summe der Zuzahlungen je Kalenderjahr	weniger als 15.000 EUR
c)	Teilauszahlung	
	- Mindestwert der Teilauszahlung	1.000 EUR
	- Mindestwert des Fondsguthabens nach Teilauszahlung	10.000 EUR

3. Fondsbezogene Begrenzungen

-	Höchstanzahl der Fonds, auf die die Beitragszahlung aufgeteilt werden kann	5
-	Mindestanlagebetrag je Fonds	10 % des Anlagebetrags
-	Übertragung von Deckungskapital in einen anderen Fonds	kostenfrei
-	Mindestwert des Deckungskapitals bei Leistungserbringung in Wertpapieren	1.000 EUR