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

der Provinzial Lebensversicherung Aktiengesellschaft
(RB 30 Stand 27.03.2025)

Inhaltsverzeichnis

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

Allgemeine Bedingungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital

(Stand 27.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhalt

Erläuterung einiger Begriffe

Leistungen und Versicherungsschutz
Was ist eine fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital? § 1
Welche Leistungen erbringen wir? § 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? § 3
Wer erhält die Leistungen? § 4
Wie ermittelt sich das Vertragsguthaben? § 5
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? § 6
Wie sind das Versicherungsjahr und die Versicherungsperiode definiert? § 7

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten
Wann können Sie eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen? § 8
Wann können Sie das Garantiekapital erhöhen oder reduzieren (manueller Lock-In / Lock-Out)? § 9
Wann können Sie einen automatischen Lock-In ein- oder ausschließen? § 10
Wie können Sie Fonds wechseln? § 11
Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie vor Beginn der Rentenzahlung? § 12
Welche weiteren Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie zu Beginn der Rentenzahlung? § 13

Ihre Pflichten
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen kann eine Verletzung der Anzeigepflicht haben? § 14
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? § 15
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens? § 16
Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie? § 17

Beitragszahlung
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? § 18
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? § 19

Besonderheiten der Fondsanlage
Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds? § 20

Kündigung und Beitragsfreistellung
Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir? § 21
Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder die Beitragszahlung unterbrechen (Stundung der Beiträge) und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen? § 22

Vereinbarung von Kosten und tarifabhängige Begrenzungen
Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart? § 23
Welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten? § 24

Sonstige Vertragsbestimmungen
Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren? § 25
Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche? § 26
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? § 27
Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen? § 28
Wo ist der Gerichtsstand? § 29
Was ist bei einer erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zu beachten? § 30
Wann können wir diese Bedingungen anpassen? § 31
Welche Bedeutung haben die Regelungen des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes? § 32

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 bereits vor dem vertraglich vereinbarten Beginn der Rentenzahlung verlangen können.

Als **Anlagestock** wird eine gesonderte Abteilung unseres Sicherungsvermögens bezeichnet, in der 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.

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.

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 der Erlebensfallleistung** ist zwingend der Versicherungsnehmer.

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

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

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

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.

Das **Garantiekapital** ist das zum vereinbarten Rentenbeginn garantierte Kapital.

Das **Garantieniveau des Wertsicherungsfonds** bezeichnet den Anteil in Prozent, der von einem im Wertsicherungsfonds an einem Bewertungsstichtag investierten Guthaben bis zum nächsten Bewertungsstichtag mindestens verbleibt.

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

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

Die **Lebenspartner** sind Lebenspartner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft nach § 1 des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft. Dieses Gesetz gilt für 1. vor dem 1. Oktober 2017 in der Bundesrepublik Deutschland begründete Lebenspartnerschaften und 2. im Ausland begründete Lebenspartnerschaften, soweit auf sie deutsches Recht anwendbar ist.

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.

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

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

Als **Shift** (des Vertragsguthabens) wird die vollständige oder teilweise Übertragung des vorhandenen Wertes des Teildeckungskapitals der freien Fonds in andere freie Fonds bezeichnet, die wir hierfür jeweils anbieten.

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

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

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

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

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

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

Der **Versicherungsnehmer** ist unser Vertragspartner, versicherte Person und Beitragszahler.

Das **Vertragsguthaben** setzt sich aus der Summe des konventionellen Teildeckungskapitals mit einer garantierten Verzinsung, dem Wert der Teildeckungskapitalien der Wertsicherungsfonds und dem Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds zusammen.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Was ist eine fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital?

Risiken der Fondsentwicklung

(1) Sie haben vor Beginn der Rentenzahlung die Chance, bei Kurssteigerungen der Anteile der von Ihnen gewählten Investmentfonds einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Da die Wertentwicklung der Fondsanteile nicht vorauszusehen ist, können wir vor Beginn der Rentenzahlung die Höhe der Rente nur bis zu dem Betrag garantieren, der sich aus der von Ihnen gewählten individuellen Beitragsgarantie (siehe Absatz 4) ergibt.

Fondsgebundenes Deckungskapital

(2) Die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital bietet vor Beginn der Rentenzahlung Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock besteht aus Anteilen von zur Auswahl stehenden Investmentfonds, an die die Leistungen aus Ihrem Vertrag gebunden sind, und wird gesondert von unserem sonstigen Vermögen angelegt.

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

Konventionelles Deckungskapital

(3) Zur Sicherstellung des Garantiekapitals legen wir im Wege eines Umschichtungsverfahrens (siehe § 5 Absatz 2) Beitragsteile in unserem übrigen Vermögen - wie bei nicht-fondsgebundenen, konventionellen Rentenversicherungen - an (siehe Absatz 5).

Individuelle Beitragsgarantie

(4) Bei Vertragsabschluss legen Sie fest, wie viel Prozent (zwischen 10 % und 90 %) der Beitragssumme zum vereinbarten Rentenbeginn zur Verfügung stehen soll (Garantiequote). Die aus der Garantiequote und der Beitragssumme berechnete individuelle Beitragsgarantie wird zum vereinbarten Rentenbeginn von uns garantiert und ist Grundlage für die Berechnung der garantierten Rente. Die Beitragssumme errechnet sich aus den ursprünglich vereinbarten, während der Beitragszahlungsdauer zu zahlenden Beiträgen (ohne Beitragsanteile für gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherungen) und den planmäßigen und sonstigen Erhöhungen der Beiträge sowie den Zuzahlungen. Zu Beginn der Versicherung entspricht die individuelle Beitragsgarantie dem Garantiekapital.

Vertragsguthaben

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

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

Für die Umrechnung legen wir je nach Art der Versicherungsleistung (z. B. Todesfallleistung oder Rente) unterschiedliche Stichtage zugrunde.

Die Wertsicherungsfonds sind spezielle, auf diese Rentenversicherung zugeschnittene Fonds, die zur Sicherstellung der von der Provinzial Lebensversicherung Aktiengesellschaft gegebenen Garantie dienen. Die Wertsicherungsfonds garantieren, dass das in sie investierte Guthaben innerhalb eines Sicherungszeitraums höchstens um einen bestimmten Anteil fallen kann. Der Sicherungszeitraum umfasst jeweils einen Monat.

Durch ein der Aufsichtsbehörde gemäß § 143 VAG angezeigtes versicherungsmathematisches Umschichtungsverfahren (siehe § 5 Absatz 2) zwischen diesen Teildeckungskapitalien werden einerseits das Garantiekapital sichergestellt und andererseits die Chancen gewahrt, insbesondere bei Kurssteigerungen der Fonds, einen Wertzuwachs zu erzielen. Die durch das Rechenverfahren bedingten Umschichtungen sind stets kostenlos.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen ab Beginn der Rentenzahlung

(1) Wenn Sie den vereinbarten Beginn der Rentenzahlung erleben, zahlen wir Ihnen die nach Absatz 2 ermittelte Rente lebenslang in gleichbleibender Höhe zum Ersten eines jeden Monats.

Vorzeitige Rentenzahlung in der Abrufphase

Sie können jedoch während der Abrufphase zu jedem Monatsersten vorzeitig die Rentenzahlung abrufen. In diesem Fall zahlen wir die nach Absatz 2 ermittelte Rente erstmals zum Abruftermin, wenn Sie diesen Termin erleben. Der Antrag auf Abruf der vorzeitigen Rentenzahlung muss spätestens zwei Börsentage vor dem Abruftermin bei uns eingegangen sein. Andernfalls beginnt die Rentenzahlung erst am folgenden Monatsersten.

Rentenzahlungen erhalten Sie frühestens mit Vollendung Ihres 62. Lebensjahres.

Ermittlung der Rente

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

- Höhe der Rente aus dem zu Beginn der Auszahlungsphase vorhandenen Vertragsguthaben und den zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an Einzel-Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung zugrundeliegenden Rechnungsgrundlagen (z.B. Sterbetafel und Rechnungszins, mit dem Ihr Vertragsguthaben nach Rentenbeginn mindestens verzinst wird).
- Höhe der Rente aus dem zu Beginn der Auszahlungsphase vorhandenen Vertragsguthaben und dem garantierten Rentenfaktor gemäß Absatz 7.
- Höhe der Rente aus der individuellen Beitragsgarantie zum vereinbarten Rentenbeginn bzw. während der Abrufphase aus dem zum Abruftermin nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Deckungskapital der individuellen Beitragsgarantie und den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen (garantierte Rente). Die garantierte Rente und die Rechnungsgrundlagen können Sie dem Abschnitt "Erläuterungen zu garantierten Rentenfaktoren, garantierter Rente und Rentenhöhe" im Versorgungsvorschlag entnehmen.

Die Bewertung der Fondsanteile im Vertragsguthaben erfolgt bei vorzeitigem Abruf der Rentenzahlung auf Basis des ersten Börsentags eines Monats, der mit dem Abruftermin zusammenfällt oder ihm folgt. Beginnt die Rentenzahlung am vereinbarten Rentenbeginn, erfolgt die Bewertung der Fondsanteile im Vertragsguthaben am 21. Tag des Monats vor Beginn der Rentenzahlung; falls dies ein börsenfreier Tag ist, am folgenden Börsentag.

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

Unsere Leistungen bei Tod

Leistung bei Tod vor Beginn der Rentenzahlung

(3) Sterben Sie vor dem Beginn der Rentenzahlung, rechnen wir das nach Tod vorhandene Vertragsguthaben in eine monatliche Witwen-/Witwerrente auf das Leben und zugunsten des Ehegatten/Lebenspartners, mit dem Sie zum Zeitpunkt Ihres Ablebens verheiratet sind bzw. in einer Lebenspartnerschaft befinden, um. Das konventionelle Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung ermitteln wir zum Ende des Versicherungsmonats, in dem der Todesfall eingetreten ist. Den Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds und der Teildeckungskapitalien der Wertsicherungsfonds ermitteln wir zum zweiten Börsentag nach Eingang der Meldung des Todesfalles. Für die Feststellung der Anzahl der Fondsanteile ist der Todestag maßgeblich.

(4) Wenn kein begünstigter Ehegatte/Lebenspartner vorhanden ist, wird das nach Tod vorhandene Vertragsguthaben in Waisenrenten für Ihre leiblichen und ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder, für die Sie Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Kinderfreibetrag nach § 32 Absatz 6 EStG haben, umgerechnet. Bei mehreren Kindern wird das umzurechnende Vertragsguthaben zu gleichen Teilen aufgeteilt. Sind keine Hinterbliebenen im vorgenannten Sinne vorhanden, erlischt die Versicherung ohne Leistungsanspruch.

Die Rentenzahlung der Hinterbliebenenrente im vorgenannten Sinne beginnt am Ersten des übernächsten Monats, nach dem die nach § 22 erforderlichen Unterlagen bei uns eingegangen sind. Die Witwen-/Witwerrente wird lebenslang gezahlt. Eine Waisenrente wird nur dann und nur so lange gezahlt, wie das Kind die Voraussetzungen für die Berücksichtigung als Kind im Sinne von § 32 EStG erfüllt, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Die Hinterbliebenenrente errechnet sich nach den dann gültigen Tarifen sowie dem dann maßgeblichen rechnungsmäßigen Alter der zu versichernden Person(en). Sie wird in gleichbleibender Höhe gezahlt.

Leistung bei Tod nach Beginn der Rentenzahlung

(5) Sterben Sie innerhalb der Versicherungsdauer der Hinterbliebenenabsicherung (Rentengarantiezeit), wird das nach Tod vorhandene Kapital, das ist die Summe der - mit dem zum Rentenbeginn gültigen Rechnungszins diskontierten - vereinbarten Renten für die restliche Rentengarantiezeit, in eine monatliche lebenslange Witwen-/Witwerrente auf das Leben und zugunsten des Ehegatten/Lebenspartners, mit dem Sie zum Zeitpunkt Ihres Ablebens verheiratet sind bzw. eine Lebenspartnerschaft begründet haben, umgerechnet. Die Rentengarantiezeit beginnt mit Fälligkeit der ersten Rente. Absatz 4 gilt entsprechend.
Sterben Sie nach Ablauf der Rentengarantiezeit oder haben Sie keine Rentengarantiezeit vereinbart, erbringen wir bei ihrem Tod keine Leistung und der Vertrag endet.

Rentensteigerung

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

Garantierte Rentenfaktoren

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

Abfindung von Kleinbetragsrenten

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

Kein weiterer Anspruch auf Auszahlung

(9) Über die Rentenzahlung, eine gegebenenfalls vereinbarte Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsleistung und die in § 3 beschriebene Überschussbeteiligung hinaus besteht kein weiterer Anspruch auf Auszahlung.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrags vor Beginn der Rentenzahlung ist die Wertentwicklung des Anlagestocks, an der Sie unmittelbar beteiligt sind (siehe § 1 Absatz 2). 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
Vom übrigen Ergebnis erhalten die Verträge mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind 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 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 als Basisvorsorge mit flexiblem Garantiekapital (Tarifwerk 2025) in dem Abrechnungsverband Fondsgebundene Lebensversicherungen.

Ab Rentenbeginn gehört die Versicherung in den Abrechnungsverband Einzelrentenversicherungen.

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

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) Zu Beginn der Rentenzahlung und im Todesfall vor Beginn der Rentenzahlung - sofern Hinterbliebene gemäß § 2 Absatz 3 und 4 vorhanden sind - 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 eine staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital (zusätzliche Angaben)". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

(e) Die Überschussbeteiligung erhöht weder die individuelle Beitragsgarantie noch das Garantiekapital.

(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) Fällige Rentenleistungen erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer. Hinterbliebenenrenten erbringen wir jedoch unwiderruflich an die zum Zeitpunkt Ihres Todes bezugsberechtigten Hinterbliebenen. Eine Änderung dieser Bezugsrechte ist ausgeschlossen.

(2) Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag sind nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar. Eine nachträgliche Änderung der genannten Festlegungen ist unwiderruflich ausgeschlossen. Insbesondere können Sie die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag nicht abtreten oder verpfänden. Auch die Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft ist ausgeschlossen

§ 5 Wie ermittelt sich das Vertragsguthaben?

Verwendung der Beiträge
(1) Ihre Beiträge führen wir nach Abzug der beitragsabhängigen Verwaltungskosten dem Vertragsguthaben vor Durchführung des Umschichtungsverfahrens (siehe Absatz 2) zum Zeitpunkt der Beitragsfälligkeit zu.

Die für die Beitragskalkulation tariflich festgelegten Abschluss- und Vertriebskosten entnehmen wir monatlich gleichmäßig dem Vertragsguthaben für die Dauer von fünf Jahren, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer. Die tariflich festgelegten - von der Höhe des Vertragsguthabens nach Abschlusskostenentnahme abhängigen -Verwaltungskosten entnehmen wir zu Beginn eines jeden Monats dem Vertragsguthaben.

Umschichtungsverfahren
(2) Ein wichtiges Merkmal dieser Versicherung ist die Aufteilung des Vertragsguthabens. Zur Sicherstellung des Garantiekapitals werden das konventionelle Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung und die Teildeckungskapitalien der Wertsicherungsfonds herangezogen. Innerhalb dieser Teildeckungskapitalien erfolgt monatlich die Aufteilung in der Weise, dass nach versicherungsmathematischen Grundsätzen das Garantiekapital dauerhaft sichergestellt ist Dabei wird zunächst versucht, das Garantiekapital durch Anlage im Wertsicherungsfonds mit 80% Garantieniveau sicherzustellen. Ist dies nicht möglich, wird ein Teil des Vertragsguthabens in den Wertsicherungsfonds mit 90% Garantieniveau angelegt. Erst wenn das Garantiekapital nicht ausschließlich durch Anlage in Wertsicherungsfonds sichergestellt werden kann, wird ein Teil des Vertragsguthabens konventionell angelegt. Ist eine Sicherstellung des Garantiekapitals nur noch durch eine garantierte Verzinsung des Vertragsguthabens in Höhe des Rechnungszinses möglich, wird das Vertragsguthaben vollständig im konventionellen Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung angelegt.

Die Aufteilung ist z. B. abhängig vom Vertragsguthaben, der verbleibenden Zeit bis zum vereinbarten Rentenbeginn und insbesondere von der Kursentwicklung der Wertsicherungsfonds.

Die Kursentwicklung der Wertsicherungsfonds kann dazu führen, dass im konventionellen Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung bzw. in den Teildeckungskapitalien der Wertsicherungsfonds Guthaben vorhanden ist, das nicht mehr zur Sicherstellung des Garantiekapitals benötigt wird. Dieses Guthaben wird gemäß der vereinbarten Zuführungsaufteilung in die freien Fonds investiert. Umgekehrt werden Teile des freien Fondsguthabens in das konventionelle Teildeckungskapital mit einer garantierten Verzinsung bzw. in die Teildeckungskapitalien der Wertsicherungsfonds umgeschichtet, wenn dies aufgrund der Kursentwicklung der Wertsicherungsfonds oder der Ausübung einer Option, die eine Anpassung des Garantiekapitals zur Folge hat (siehe §§ 9, 10, 12 Absatz 1 und 5), erforderlich ist, um das Garantiekapital dauerhaft zu sichern. Falls sich das Teildeckungskapital der freien Fonds aus mehr als einem Fonds zusammensetzt, erfolgt eine Entnahme aus dem Teildeckungskapital der freien Fonds im Rahmen des Umschichtungsverfahrens im Verhältnis der Anteile der Fonds am Teildeckungskapital der freien Fonds.

Wertermittlung des Fondsguthabens
(3) Der Geldwert des Fondsguthabens (Wert der Teildeckungskapitalien der Wertsicherungsfonds und des Teildeckungskapitals der freien Fonds) Ihrer Versicherung ergibt sich durch Multiplikation der Anzahl der Fondsanteile mit dem Wert eines Fondsanteils. Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des jeweiligen Fonds. Werden Euro-Beträge dem Fondsguthaben zugeführt bzw. entnommen, wird bei der Umrechnung der Euro-Beträge in Fondsanteile bzw. umgekehrt der Anteilswert der Fondsanteile zugrunde gelegt. Dabei ist für die Bewertung der Börsentag maßgebend, der

mit dem jeweiligen Zeitpunkt der Zuführung zum Fondsguthaben bzw. der Entnahme aus dem Fondsguthaben zusammenfällt oder ihm folgt.

(4) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Fondsanteilen nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar den Fonds zu und erhöhen damit den Wert der jeweiligen Fondsanteile. Mit den ausgeschütteten Erträgen eines Fonds erwerben wir Anteile des gleichen Fonds, die wir unverzüglich im Verhältnis des zum Ausschüttungszeitpunkt vorhandenen Teildeckungskapitals des gleichen Fonds Ihrer Versicherung anteilig gutschreiben.

§ 6 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 § 18 Absatz 3). Wenn dieser Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt ist, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet (siehe § 19 Absatz 3).

§ 7 Wie sind das Versicherungsjahr und die Versicherungsperiode definiert?

Versicherungsjahr

(1) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns der Versicherung 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.

Versicherungsperiode

(2) 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

§ 8 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 dem vorhandenen Vertragsguthaben.

Die Bewertung der Fondsanteile im Vertragsguthaben erfolgt bei vorzeitigem Abruf der Rentenzahlung auf Basis des letzten Börsentags vor Beginn der Rentenzahlung. Beginnt die Rentenzahlung am vereinbarten Rentenbeginn, erfolgt die Bewertung der Fondsanteile im Vertragsguthaben am 21. Tag des Monats vor Beginn der Rentenzahlung; falls dies ein börsenfreier Tag ist, am folgenden Börsentag.

(2) Wir zahlen Ihnen die erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit lebenslang in gleich bleibender Höhe zum Ersten eines jeden Monats.

(3) Die Berechnung der erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit erfolgt abweichend von § 2 Absatz 2 unter Verwendung der Rechnungsgrundlagen, die zu diesem Zeitpunkt für unseren Neuzugang an sofort beginnenden Rentenversicherungen wegen Pflegebedürftigkeit Anwendung finden.

(4) Mindestens zahlen wir Ihnen jedoch die Rente, die sich unter Anwendung des garantierten Rentenfaktors für die Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zu diesem Beginn der Rentenzahlung ergibt.

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

(6) Ihre Anforderung der erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit muss uns mindestens zwei Börsentage vor dem gewünschten Beginn der Rentenzahlung vorliegen. Andernfalls beginnt die Zahlung der erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit erst am folgenden Monatsersten.

§ 9 Wann können Sie das Garantiekapital erhöhen oder reduzieren (manueller Lock-In / Lock-Out)?

(1) Vor Beginn der Rentenzahlung haben Sie die Möglichkeit, Ihr Garantiekapital zu erhöhen. Dazu bestimmen wir das Kapital, welches sich aus dem vorhandenen Vertragsguthaben zuzüglich der - nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik bewerteten - zukünftigen planmäßigen Beiträge, unter Berücksichtigung der planmäßigen Kostenentnahmen der Hauptversicherung ergibt. Die Ausübung dieser Option ist möglich, sobald 80 % des so ermittelten Kapitals über dem Wert des aktuell vorhandenen Garantiekapitals liegen. Ist dies der Fall, so haben Sie die Möglichkeit, einen konkreten Betrag, der als Garantiekapital gesichert werden soll, zu benennen. Dieser Betrag muss größer sein als das bis zu diesem Zeitpunkt gültige Garantiekapital und darf nicht größer sein als 80 % des in Satz 2 bestimmten Kapitals. Das angepasste Garantiekapital wird beim Umschichtungsverfahren (vgl. § 5 Absatz 2) berücksichtigt. Wird diese Option untermonatlich ausgeübt, werden die für das angepasste Garantiekapital benötigten Mittel zu diesem Zeitpunkt den Teildeckungskapitalien der Wertsicherungsfonds und/oder dem Teildeckungskapital der freien Fonds entnommen und bis zur Durchführung des Umschichtungsverfahrens zum nächsten Monatsersten in unserem konventionellen Deckungskapital unverzinst angelegt. Tritt bis zu diesem Umschichtungsverfahren ein Leistungsfall ein, so wird dieses konventionelle Deckungskapital fällig.

Das erhöhte Garantiekapital erhöht nicht die garantierte Rente. Die garantierten Rentenfaktoren bleiben unverändert.

(2) Vor Beginn der Rentenzahlung können Sie nach einer Erhöhung des Garantiekapitals beantragen, dass das Garantiekapital bis auf die zu diesem Zeitpunkt gültige individuelle Beitragsgarantie reduziert wird.

(3) Der Antrag auf Änderung des Garantiekapitals muss mindestens zwei Börsentage vor dem gewünschten Änderungstermin bei uns eingegangen sein. Andernfalls erfolgt die Änderung zwei Börsentage nach Eingang des Antrags.

§ 10 Wann können Sie einen automatischen Lock-In ein- oder ausschließen?

(1) Vor Beginn der Rentenzahlung haben Sie die Möglichkeit, den automatischen Lock-In jederzeit ein- oder auszuschließen. Dieser sorgt dafür, dass das Garantiekapital bei einer hinreichend positiven Wertentwicklung des Vertragsguthabens zum Jahrestag der Versicherung erhöht wird.

Dazu wird das nach § 9 Absatz 1 Satz 2 bestimmte Kapital mit der Garantiequote - aber höchstens mit 80 % bewertet. Übersteigt der so ermittelte Wert das bis zu diesem Zeitpunkt gültige Garantiekapital, so wird letzteres um den Differenzbetrag erhöht.

Das erhöhte Garantiekapital wird beim nächsten Umschichtungsverfahren (siehe § 5 Absatz 2) berücksichtigt.

Das erhöhte Garantiekapital erhöht nicht die garantierte Rente. Die garantierten Rentenfaktoren bleiben unverändert.

(2) Der Ein- bzw. Ausschluss wird frühestens zwei Börsentage nach Eingang Ihres Antrages wirksam.

§ 11 Wie können Sie Fonds wechseln?

(1) Sie können jederzeit verlangen, dass zum Beginn eines Sicherungszeitraums das Teildeckungskapital, das in einem Wertsicherungsfonds investiert ist, vollständig in einen anderen im Rahmen dieser Versicherung angebotenen Wertsicherungsfonds mit dem gleichen Garantieniveau übertragen wird.

(2) Sie können jederzeit verlangen, dass zum Beginn eines Sicherungszeitraums die für die Zuführung in die freien Fonds gemäß dem Umschichtungsverfahren (siehe § 5 Absatz 2) zur Verfügung stehenden Teile des Vertragsguthabens vollständig oder teilweise in andere von uns im Rahmen dieser fondsgebundenen Rentenversicherung angebotene Fonds angelegt werden (Switch).

(3) Sie können jederzeit verlangen, dass zum Beginn eines Sicherungszeitraums der vorhandene Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds vollständig oder teilweise in andere von uns im Rahmen dieser fondsgebundenen Rentenversicherung angebotene Fonds übertragen wird (Shift). Hierzu wird der zu übertragende Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds ermittelt und in Anteile der anderen Fonds umgewandelt. Die Übertragung erfolgt zu dem von Ihnen angegebenen Termin bzw. dem nächstfolgenden ersten Börsentag eines Monats.

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

Anpassung der Garantiequote

(1) Bis fünf Jahre vor Beginn der Rentenzahlung haben Sie die Möglichkeit, Ihre bis zu diesem Zeitpunkt gültige individuelle Beitragsgarantie durch eine entsprechende Anpassung der gewählten Garantiequote anzuheben oder herabzusetzen (10 % - 90 % in 10er Schritten, siehe § 1 Absatz 4). Das Anheben der Garantiequote ist nur möglich, sofern die aus der gewünschten neuen Garantiequote ermittelte individuelle Beitragsgarantie zu diesem Zeitpunkt 80 % des nach § 9 Absatz 1 Satz 2 bestimmten Kapitals nicht übersteigt. Das Herabsetzen der Garantiequote hingegen ist ohne weiteres möglich. Beim Ausüben dieser Option wird das Garantiekapital auf das mit der neu gewählten Garantiequote - aber höchstens mit 80 % - bewertete, nach § 9 Absatz 1 Satz 2 bestimmte Kapital angepasst. Mindestens wird das Garantiekapital aber auf die neu errechnete individuelle Beitragsgarantie angepasst. Wird diese Option untermonatlich ausgeübt, werden die für das angepasste Garantiekapital benötigten Mittel zu diesem Zeitpunkt den Teildeckungskapitalien der Wertsicherungsfonds und/oder dem Teildeckungskapital der freien Fonds entnommen und bis zur Durchführung des Umschichtungsverfahrens zum nächsten Monatsersten in unserem konventionellen Deckungskapital unverzinst angelegt. Tritt bis zu diesem Umschichtungsverfahren ein Leistungsfall ein, so wird dieses konventionelle Deckungskapital fällig.

Die durch die Anpassung der Garantiequote neu berechnete individuelle Beitragsgarantie ist die Grundlage für die Berechnung der neuen garantierten Rente (siehe § 1 Absatz 4 und § 2 Absatz 2).

Dabei berechnen wir die neue garantierte Rente mit den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen. Die garantierten Rentenfaktoren bleiben unverändert.

Umwandlung in eine zertifizierte klassische Basis-Rentenversicherung

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

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

Zuzahlungen

(3) Sie können bis zum Beginn der Rentenzahlung weitere Beiträge (Zuzahlungen) entrichten, sofern
- die Summe der auf ein Kalenderjahr entfallenden laufenden Beiträge und Zuzahlungen den Höchstbetrag nicht überschreitet und
- die einzelne Zuzahlung den Mindestbetrag von 250 EUR nicht unterschreiten.

Für den Höchstbetrag gelten unsere "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital".

Wir führen den Teil Ihrer Zuzahlung, der nicht zur Deckung der Kosten (siehe § 23 Absatz 2 und 3) vorgesehen ist, dem Vertragsguthaben zu.

Zu Beginn eines jeden Kalendermonats erfolgt jeweils eine Neuaufteilung des Vertragsguthabens durch das Umschichtungsverfahren (siehe § 5 Absatz 2).

Jede Zuzahlung erhöht das Garantiekapital und die individuelle Beitragsgarantie mit der von Ihnen gewählten Garantiequote. Dabei berechnen wir die neue garantierte Rente mit den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen.

Die garantierten Rentenfaktoren bleiben unverändert.

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 richtet sich nach dem vorhandenen Vertragsguthaben und den in § 2 Absatz 2 genannten Grundlagen für die Ermittlung der Rente unter Berücksichtigung des zum tatsächlichen Rentenbeginn erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person. Die garantierte Rente sowie die garantierten Rentenfaktoren werden für die jeweiligen rechnungsmäßigen Alter neu berechnet.

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

Der Aufschub gilt nicht für eingeschlossene Zusatzversicherungen.

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

Ablaufmanagement

(5) Sie können vor Beginn der Rentenzahlung ein Ablaufmanagement jederzeit ein- oder ausschließen. Das Ablaufmanagement sorgt bei einer hinreichend positiven Wertentwicklung der Fonds dafür, dass das Garantiekapital in den letzten fünf Jahren vor dem vereinbarten Rentenbeginn in monatlichen Schritten auf 90 % des jeweils nach § 9 Absatz 1 Satz 2 bestimmten Kapitals erhöht wird. Ein gegebenenfalls eingeschlossener automatischer Lock-In (siehe § 10) entfällt während des Ablaufmanagements. Das erhöhte Garantiekapital wird beim Umschichtungsverfahren (siehe § 5 Absatz 2) berücksichtigt.

Das erhöhte Garantiekapital erhöht nicht die garantierte Rente. Die garantierten Rentenfaktoren bleiben unverändert.

Der Ein- bzw. Ausschluss wird frühestens zwei Börsentage nach Eingang Ihres Antrages wirksam.

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

Änderung der Todesfallleistung

(1) Zu Beginn der Rentenzahlung können Sie verlangen, dass die vereinbarte Rentengarantiezeit verlängert, verkürzt oder ausgeschlossen wird.

Wir berechnen unter Berücksichtigung der Vertragsänderung die Altersrente für diesen Beginn der Rentenzahlung neu. Verwendung finden dabei die Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation von vergleichbaren Rentenversicherungen mit sofort beginnender Rentenzahlung, welche zu diesem Zeitpunkt neu abschließbar sind. Mindestens zahlen wir Ihnen jedoch die Rente, die sich unter Anwendung der Rechnungsgrundlagen des garantierten Rentenfaktors zu diesem Beginn der Rentenzahlung nach § 2 Absatz 7 ergibt. Die garantierte Rente entfällt.

Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr

(2) Zu Beginn der Rentenzahlung haben Sie die Möglichkeit, für den Rentenbezug eine Rentenversicherung mit Restkapitalrückgewähr zu wählen. Dies ist nur dann möglich, sofern wir zum Zeitpunkt der Verrentung ein mit dieser Option vergleichbares Produkt für sofort beginnende Rentenversicherungen im Rahmen unseres Neugeschäfts anbieten.

In diesem Falle wird bei Tod der versicherten Person nach Beginn der Rentenzahlung das nach Tod vorhandene Kapital - das ist das zum Rentenzahlungsbeginn vorhandene Deckungskapital abzüglich bereits gezahlter vereinbarter Renten - in eine monatliche Witwen- / Witwerrente auf das Leben und zugunsten des Ehegatten/Lebenspartners, mit dem Sie zum Zeitpunkt Ihres Ablebens verheiratet sind bzw. in einer Lebenspartnerschaft befinden, umgerechnet. Die Rentengarantiezeit entfällt. Absatz 1 Satz 2 bis 4 sowie § 2 Absatz 4 gelten entsprechend.

Ihre Pflichten

§ 14 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, den Vertrag 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) 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

(3) 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 4 bis 6),
- die Zusatzversicherung kündigen (Absätze 7 bis 9),
- die Zusatzversicherung ändern (Absätze 10 und 11) oder
- die Zusatzversicherung wegen arglistiger Täuschung anfechten (Absatz 16 bis 18)

und wie wir diese Rechte ausüben können (Absätze 12 bis 15).

Rücktritt

(4) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von der Zusatzversicherung zurücktreten. Dieses 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.

(5) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht für einen vor Beendigung des Vertrags eingetretenen Versicherungsfall 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.

(6) Wenn die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, verwenden wir den ggf. vorhandenen Rückkaufswert zur Erhöhung des Vertragsguthabens der Hauptversicherung. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Zusatzversicherungsbeitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(7) 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 versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

(8) 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.

(9) Wenn wir die Zusatzversicherung kündigen, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um.

Vertragsänderung

(10) 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 4 Satz 3 und Absatz 8), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, die Zusatzversicherung ab der laufenden Versicherungsperiode anzupassen.

(11) 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

(12) 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.

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

(14) 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.

(15) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall 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

(16) Wir können die Zusatzversicherung auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme der Zusatzversicherung durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt unsere Entscheidung zur Annahme der Zusatzversicherung beeinflusst worden ist (arglistige Täuschung).

(17) Im Fall der Anfechtung haben Sie keinen Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Die Zusatzversicherung wird aufgehoben. Absatz 6 gilt entsprechend.

(18) 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

(19) Die Absätze 1 bis 18 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz der Zusatzversicherung nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 15 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Zusatzversicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(20) 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 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.

§ 15 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 Ihrer Geburt vorgelegt sowie die Auskunft nach § 17 gegeben wird.

(2) Vor jeder Rentenzahlung können wir auf unsere Kosten eine amtliche Bescheinigung darüber verlangen, dass Sie noch leben.

(3) Ihr Todesfall 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 geführt hat, ergeben. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

(4) Wird eine Hinterbliebenenrente verlangt, sind uns die erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Dieses sind insbesondere Angaben zu Geburtstagen der Hinterbliebenen, die Urkunde zur Heirat bzw. bei Kindern der Nachweis der Abstammung sowie nach dem 18. Lebensjahr Nachweise zur Schul- oder Berufsausbildung bzw. zu einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Hinterbliebene entsprechend.

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

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

(7) Bei einer erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 8 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 auf Ihre Kosten 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 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) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Wir erheben keine Kosten für eine Überweisung. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraums "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.

§ 16 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.

§ 17 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" 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

§ 18 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 § 12 Absatz 3 entrichten.

(2) Sie können den ursprünglich vereinbarten laufenden Beitrag bis fünf Jahre vor Beginn der Abrufphase - spätestens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer - jederzeit zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin im Rahmen unserer "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital" heraufsetzen.

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

Jede Erhöhung des Beitrages der Hauptversicherung erhöht das Garantiekapital, die individuelle Beitragsgarantie mit der von Ihnen gewählten Garantiequote sowie die garantierte Rente. Dabei berechnen wir die neue garantierte Rente mit den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen. Die garantierten Rentenfaktoren bleiben unverändert.

(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 § 7 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.

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

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe § 18 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 werden kann, 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 erklären. 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.

Im Fall der Kündigung wandelt sich der Vertrag in eine beitragsfreie Versicherung entsprechend § 22 Absätze 2 und 3 um.

(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 § 22. Sie können sich jederzeit an uns wenden. Gemeinsam können wir dann klären, welche Lösungsmöglichkeiten für Sie infrage kommen.

Besonderheiten der Fondsanlage

§ 20 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?

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

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

Das Garantiekapital bleibt von diesem Fondswechsel unberührt.

Im Zeitraum vom Wegfall des Wertsicherungsfonds bis zum Einsatz des Ersatzfonds werden wir das in § 5 Absatz 2 beschriebene Umschichtungsverfahren auf ein Umschichtungsverfahren anpassen, welches ausschließlich die verbleibenden Teildeckungskapitalien umfasst. Sollten wir keinen Ersatzfonds finden, wird das angepasste Umschichtungsverfahren bis zum Ende der Vertragslaufzeit fortgeführt.

Freie Fonds
(2) 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 Ihre laufende Beitragszahlung oder Ihr Vertragsguthaben 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 Ihre hiervon betroffenen Anlagebeiträge ab dem von uns genannten Termin frühestens nach Ablauf dieser Frist in den Ersatzfonds investieren.

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

Bei einer kurzfristigen Einstellung der Ausgabe oder Rücknahme von Fondsanteilen werden wir die Beiträge, die vor Ablauf dieser sechs Wochen Frist fällig werden, in den von uns vorgeschlagenen Ersatzfonds investieren. Sie haben das Recht für diese Beiträge, einen kostenfreien Fondswechsel nach § 11 durchzuführen.

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

(3) 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:
- Gebühren einführt oder erhöht, die uns beim Fondseinkauf bzw. -verkauf belasten,
- die Kooperation mit uns beendet,
- 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,

oder
- der Gesamtwert über alle bei uns bestehenden fondsgebundenen Versicherungen beträgt weniger als 100.000 Euro.

Absatz 2 gilt entsprechend.

Kündigung und Beitragsfreistellung

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

Kündigung

(1) Einen Vertrag, für den laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode - jedoch nur vor Beginn der Rentenzahlung - 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.

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

Keine Auszahlung eines Rückkaufswerts bei Kündigung

(2) Nach Kündigung wandelt sich der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in einen beitragsfreien Vertrag mit herabgesetzter Rente um. Für die Berechnung der herabgesetzten Rente nach Kündigung und zu den Nachteilen einer Kündigung gilt § 22 Absätze 1 und 4 entsprechend. Ein Anspruch auf die Auszahlung eines Rückkaufswerts besteht nicht.

§ 22 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 bei Beitragsfreistellung in der Regel deutlich niedriger als die Summe der bis zu diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge. Dies liegt daran, dass dem Vertragsguthaben nur die um die beitragsabhängigen Verwaltungskosten verminderten Beitragsteile zufließen (siehe § 5 Absatz 1) und dem Vertragsguthaben monatlich die Abschluss- und Vertriebskosten und die - von der Höhe des Vertragsguthabens abhängigen - Verwaltungskosten entnommen werden (siehe § 5 Absatz 1). Auch in den Folgejahren kann der Wert des Vertragsguthabens nach Beitragsfreistellung insbesondere wegen der Abhängigkeit von der Kursentwicklung der jeweiligen Fondsanteile niedriger sein als die Summe der bis zu diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge.

Vollständige Beitragsfreistellung

(2) Nach § 165 VVG können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach § 21 in Textform verlangen, zum Schluss einer Versicherungsperiode (siehe § 7 Absatz 2) von Ihrer Beitragszahlungspflicht vollständig befreit zu werden. Das Vertragsguthaben mindert sich um rückständige Beiträge.

Der Antrag auf Beitragsfreistellung muss vor dem Ende der jeweiligen Versicherungsperiode (siehe § 7 Absatz 2) bei uns eingegangen sein. Anderenfalls erfolgt die Beitragsfreistellung zum Ende der Versicherungsperiode nach Eingang des Antrags.

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 jedoch nur verlangen, wenn sowohl das vorhandene Vertragsguthaben als auch der verbleibende Beitrag jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital " erreicht.

Auswirkungen auf die Leistungen

(4) Durch die Beitragsfreistellung reduziert sich die individuelle Beitragsgarantie. Sie entspricht dem höheren der beiden folgenden Werte:
- dem mit der Garantiequote - aber höchstens mit 50 % - bewerteten Vertragsguthaben
und
- dem zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vorhandenen garantiertem Kapital, das im Todesfall für die Hinterbliebenenrente zur Verfügung steht.

Das Vertragsguthaben ermitteln wir zu dem ersten Börsentag, der dem Termin der Beitragsfreistellung folgt.
Höchstens entspricht die individuelle Beitragsgarantie dem Wert, der sich durch Anwendung der vereinbarten Garantiequote auf die Summe der bis dahin eingezahlten Beiträge ergibt.

Dadurch vermindert sich die auf Basis der individuellen Beitragsgarantie berechnete und in der Garantiewerttabelle dokumentierte garantierte Rente. Entsprechend der individuellen Beitragsgarantie reduziert sich das Garantiekapital. Anschließend erfolgt eine Neuaufteilung des Vertragsguthabens durch das Umschichtungsverfahren (siehe § 5 Absatz 2).

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

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

(5) Innerhalb von drei Jahren nach Beitragsfreistellung können Sie verlangen, dass die vollständige Beitragsfreistellung durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung beendet wird. Bei Beitragsfreistellung infolge Elternzeit kann die Wiederaufnahme der Beitragszahlung bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem Ende der gesetzlichen Elternzeit, spätestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren und drei Monaten, ohne Risikoprüfung erfolgen.

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

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

Beitragsrückzahlung

(6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

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. Voraussetzung für die Stundung der Beiträge ist, dass das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital des Garantiekapitals mindestens 1.000 EUR höher ist als die Höhe der zu stundenden Beiträge. Beiträge für gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherun-

gen 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 oder Herabsetzung des Garantiekapitals) verrechnet werden.

Bei Fälligkeit der Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Vereinbarung von Kosten und tarifabhängige Begrenzungen

§ 23 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

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

Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

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

Bei einem Einmalbeitrag werden die Abschlusskosten diesem entnommen.

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

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

Verwaltungskosten

(3) Die Verwaltungskosten sind die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags.

(a) Wir belasten Ihren Vertrag vor Beginn der Rentenzahlung mit Verwaltungskosten in Form
- eines monatlich anfallenden Eurobetrages,
- eines jährlichen Prozentsatzes des für die Leistungserbringung unwiderruflich zugeteilten Kapitals (das unwiderruflich zugeteilte Kapital ist das Vertragsguthaben zuzüglich zugeteilter Überschussanteile) und
- eines Prozentsatzes der eingezahlten Beiträge sowie jeder Zuzahlung.

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

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

Höhe der einkalkulierten Kosten

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

Anlassbezogene Kosten

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

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

Sonstige Kosten

(6) Von den Absätzen 1 bis 5 unberührt bleiben gesetzliche Schadensersatzansprüche und Aufwendungsersatzansprüche. Diese entnehmen wir Ihrem Vertragsguthaben.

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

§ 24 Welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

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

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 25 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.

Die Werte der Teildeckungskapitalien der Wertsicherungsfonds sowie der Wert des Teildeckungskapitals der freien Fonds wird in Fondsanteilen und in Euro aufgeführt

(2) Sie können aber auch unabhängig von dieser Mitteilung zu jeder anderen Zeit Auskunft über das Vertragsguthaben bei uns erhalten.

§ 26 Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?

(1) Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Jahren (§ 195 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.

§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 28 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.

§ 29 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.

(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.

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

§ 30 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.

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

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

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

(Stand 27.03.2025)

Diese zusätzlichen Angaben ergänzen die Ihrer Versicherung 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.

Eine Schlussüberschussbeteiligung wird nicht gezahlt.

1.1 Laufende Überschussanteile vor Beginn der Rentenzahlung

1.1.1 Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile
Jeweils zu Beginn eines Versicherungsmonats wird ein laufender Überschussanteil zugeteilt. Der laufende Überschussanteil setzt sich zusammen aus einem Zinsüberschussanteil und einem sonstigen Überschussanteil. Dieser sonstige Überschussanteil besteht aus zwei unten beschriebenen Komponenten. Der Zinsüberschussanteil und die Komponente 2 des sonstigen Überschussanteils, werden erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsmonats zugeteilt. Zusätzlich erfolgt hierfür eine Überschusszuteilung am Ende des letzten Versicherungsmonats vor dem vereinbarten Rentenbeginn bzw. bei 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
  das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete konventionelle Teildeckungskapital 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 jeweils überschussberechtigen Fonds bzw. Wertsicherungsfonds am Ende des Vormonates bewertet mit dem Kurs des entsprechenden Fonds bzw. Wertsicherungsfonds. 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 jeweiligen Fonds bzw. Wertsicherungsfonds am Ende dieses Versicherungsmonats. Speziell für die zusätzliche Zuteilung im letzten Monat vor dem vereinbarten Rentenbeginn ist der Kurs vom 21. Tag des Monats maßgeblich - falls dies ein börsenfreier Tag ist - am folgenden Börsentag. Die Höhe des Überschusses kann durch den jeweiligen Fonds beeinflusst werden.

1.1.2 Verwendung der laufenden Überschussanteile vor Beginn der Rentenzahlung
Der jeweils zugeteilte laufende Überschussanteil wird für die Erhöhung des Vertragsguthabens verwendet. Mit Hilfe des in § 5 Absatz 2 der Allgemeinen Bedingungen beschriebenen Umschichtungsverfahrens wird die Zuteilung den Teildeckungskapitalien, aus denen das Vertragsguthaben besteht, zugeführt.

1.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven vor Beginn der Rentenzahlung

1.2.1 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.

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

1.2.3 Umrechnung der Bewertungsreserven zum Beginn der Rentenzahlung bzw. im vorzeitigen Versicherungsfall
Zu Beginn der Rentenzahlung wird die bei Rentenbeginn fällig werdende Beteiligung an den Bewertungsreserven mit dem Vertragsguthaben gemäß § 2 Absatz 2 der Allgemeinen Bedingungen in eine ab diesem Zeitpunkt gesamte vereinbarte Rente umgerechnet.

1.3 Überschussbeteiligung während der Rentenzahlung

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

1.3.1 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 gesamten vereinbarten Rente des Vorjahres festgesetzt.

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

1.3.2 Zusatzrentensystem
Über die zum Beginn der Rentenzahlung vereinbarte Rente hinaus zahlen wir Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Die nach Beginn der Rentenzahlung zugeteilten Zinsüberschussanteile zahlen wir laufend zusätzlich zur vereinbarten Rente in Form einer Zusatzrente. Sie wird mit der zum Beginn der Rentenzahlung vereinbarten Rente fällig. Die Zusatzrente ergibt sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Verwendung der Sterbetafel, die zu diesem Zeitpunkt bei der Berechnung der Deckungsrückstellung für die vereinbarte Rente zu verwenden ist, 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. Infolge der jährlich neuen Festlegung der Überschussbeteiligung 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 Summe aus der vereinbarten Rente und der Zusatzrente.

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.

1.3.3 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.

1.4 Todesfallleistung
Sind bei Tod der versicherten Person Hinterbliebene gemäß § 2 Absatz 3 und 4 der Allgemeinen Bedingungen vorhanden, werden Leistungen aus den unter 1.3 bzw. 1.3.3 beschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig und zur Erhöhung der vertraglichen Hinterbliebenenrente gemäß § 2 Absatz 3 und 4 der Allgemeinen Bedingungen verwendet. Anderenfalls wird keine Leistung fällig.

Die Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt anhand des Anteils der Bemessungsgröße, der dem Anteil der Zahlung am Vertragsguthaben entspricht. Die dann zugeteilten Bewertungsreserven werden zusammen mit der fällig werdenden Versicherungsleistung ausgezahlt.

2. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)

2.1 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.

2.2 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 (Beitragsbefreiung) aus der BUZ am Zuteilungstermin.

Die jeweils zugeteilte Zinsüberschussanteile werden entsprechend der vertraglichen Vereinbarung verwendet.

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

2.3 Beteiligung 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 BBWR, wird zur Erhöhung der aus dem jeweiligen Ansammlungsguthaben fälligen Leistung verwendet.

3. Vertragsindividuelle Kürzung der Überschussbeteiligung bei Reserveanpassung
Bei einem unerwartet starken Anstieg der Lebenserwartung sind wir verpflichtet, eine zusätzliche Deckungsrückstellung zu stellen (Reserveanpassung), um die langfristige Erfüllbarkeit der vertraglichen Leistungen aus den Rentenversicherungen sicherzustellen. In diesem Fall sind wir berechtigt, vertragsindividuell die Überschussbeteiligung um benötigte Mittel für die Bildung der Zusatzrückstellung zu kürzen. Die Kürzung können wir so lange vornehmen, bis die Summe der Kürzungen der Höhe der benötigten zusätzlichen Deckungsrückstellung entspricht. Bei Kündigung der Versicherung oder Tod der versicherten Person vor Rentenbeginn erhalten Sie jedoch zusätzlich die verzinslich angesammelten Kürzungen der laufenden Überschussanteile.

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Beitragsbefreiung zur BasisRente

(Stand 27.03.2025)

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 bei Hausfrauen und Hausmännern? § 2
Was ist Berufsunfähigkeit bei Schülern und Studenten? § 3
Was ist Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit (Teilzeitklausel)? § 4
Was ist Berufsunfähigkeit wegen eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)? § 5

Leistungen und Versicherungsschutz
Welche Leistungen erbringen wir? § 6
Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen? § 7
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? § 8
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung? § 9

Leistungsausschlüsse
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? § 10

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten
Wann können Sie die Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)? § 11

Ihre Pflichten
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? § 12
Welche Schadenminderungspflichten sind zu beachten? § 13
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit nach Anerkennung der Leistungspflicht? § 14
Welche Folgen hat die Verletzung von Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls? § 15

Weitere Vertragsbestimmungen
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung? § 16

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.

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

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

Die **Textform** ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes oder einer 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 zwingend der Versicherungsnehmer und ist diejenige Person, auf deren Berufsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen wird.

Der **Versicherungsnehmer** ist unser Vertragspartner, versicherte Person und Beitragszahler.

Berufsunfähigkeit

§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit?

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

(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 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 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.

§ 3 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 mindestens 15 Jahre alt ist und 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.

§ 4 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 Arbeitgeber angeordnet wird (z. B. Kurzarbeit).

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

§ 5 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.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 6 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung berufsunfähig (siehe §§ 1 - 5), erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - folgende Leistungen:

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

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

Weltweiter Versicherungsschutz

(2) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Beratung

(3) 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 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.

§ 7 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 § 12).

(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.

§ 8 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 § 12) 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.

§ 9 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

§ 10 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 Bun-

deswehr, 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 12 Monaten nach dem Ereignis überprüft und bestätigt hat. Absatz 1 (f) bleibt unberührt.

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 11 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

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

Allgemeine Mitwirkungspflichten
(1) Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und im Nachprüfungsverfahren die Auskünfte gemäß § 14 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 und untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen im Hinblick auf eine Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung
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

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots
(2) Bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (siehe § 5) ist uns der amtliche Bescheid sowie die dazugehörigen Unterlagen einzureichen.

Weitere ärztliche Untersuchungen bzw. Nachweise bei Berufsunfähigkeit
(3) 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
(4) 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 3 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
(5) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.

§ 13 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.

§ 14 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 § 12 Absatz 4 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Folgendes müssen Sie uns unverzüglich mitteilen:
- den Wegfall des vollständigen Tätigkeitsverbots aus medizinischen Gründen nach dem Infektionsschutzgesetz (siehe § 5)
- 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.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach den §§ 12, 13 und 14 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 Besonderen Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Weitere Vertragsbestimmungen

§ 16 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 3 fällig.

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

Beendigung dieser Zusatzversicherung

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

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

Beitragsfreistellung dieser Zusatzversicherung

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

Herabsetzung des Versicherungsschutzes der Hauptversicherung

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

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.

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

(Stand 27.03.2025)

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 die Erhöhungen?	§ 5

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jeweils

- im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der knappschaftlichen Rentenversicherung (West), maximal jedoch auf das Doppelte des Höchstbetrags (§ 10 Abs. 3 Satz 2 EStG)

oder

- um einen bei Vertragsabschluss vereinbarten ganzzahligen Prozentsatz zwischen 1% und 10 %, maximal jedoch auf das Doppelte des Höchstbetrags (§ 10 Abs. 3 Satz 2 EStG). Dabei wird die Erhöhung immer vom jeweiligen Vorjahresbeitrag berechnet.

Der vereinbarte Erhöhungsmaßstab wird im Versicherungsschein genannt.

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

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

(4) Bei einer Änderung des Beitrags gemäß der "Allgemeine Bedingungen für die staatlich förderfähige fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantiekapital" 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) Jede Erhöhung des Beitrages der Hauptversicherung erhöht das Garantiekapital und die individuelle Beitragsgarantie mit der von Ihnen gewählten Garantiequote. 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 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, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph "Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?" 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 das Berufsunfähigkeits-Risiko mit eingeschlossen, erfolgen im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

---

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

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

Welche Steuerregelungen gelten für die staatlich förderfähige Rentenversicherung (BasisRente)?

(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 Abzugsfähigkeit der Beiträge als Sonderausgaben

Eigene Beiträge zu privaten Rentenversicherungen als Basisversorgung können bis zum Höchstbeitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung (West) im Rahmen des Höchstbetrags für Altersvorsorgeaufwendungen, als Sonderausgaben geltend gemacht werden (vgl. § 10 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) Einkommensteuergesetz (EStG)). Bei zusammenveranlagten Ehegatten bzw. Lebenspartnern verdoppelt sich der Höchstbetrag, unabhängig davon, wer von den Ehegatten oder Lebenspartnern die begünstigten Beiträge entrichtet hat.

Der Höchstbetrag ist bei Personen, die zum Personenkreis des § 10 Absatz 3 Satz 3 Nr. 1 (z.B. Beamte, Richter, Berufssoldaten bzw. beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH oder Vorstandsmitglieder einer Aktiengesellschaft mit einer betrieblichen Altersversorgung) oder Nr. 2 EStG (z.B., Bundestags-, Landtags- oder Europa-Abgeordnete) um den Betrag zu kürzen, der, bezogen auf die Einnahmen aus der Tätigkeit, die die Zugehörigkeit zum genannten Personenkreis begründen, dem Gesamtbeitrag (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) zur allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung entspricht.

Bei Arbeitnehmern, die steuerfreie Arbeitgeberleistungen nach § 3 Nr. 62 EStG oder diesen gleichgestellte steuerfreie Zuschüsse des Arbeitgebers erhalten haben, ist der sich ergebende Abzugsbetrag um diese Beträge zu kürzen (maximal bis 0 EUR). Haben beide Ehegatten oder beide Lebenspartner steuerfreie Arbeitgeberleistungen erhalten, ist der Abzugsbetrag um beide Beträge zu kürzen.

Der sich danach ergebende Betrag ist als Sonderausgabe abziehbar.

2.2 Abzugsumfang von Vorsorgeaufwendungen für Basisversorgung

Da zu den abziehbaren Vorsorgeaufwendungen auch die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil), zu berufsständischen Versorgungswerken, zu landwirtschaftlichen Alterskassen und bestimmten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen im Sinne von § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) EStG gehören, ist das maximal förderfähige Sonderausgabenabzugsvolumen für Beiträge zu einer staatlich förderfähigen Rentenversicherung (Basisversorgung) die Differenz zwischen dem Höchstbetrag abzüglich der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, zu berufsständischen Versorgungswerken, zu landwirtschaftlichen Alterskassen und bestimmten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen im Sinne von § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) EStG.

2.3 Voraussetzungen für den Sonderausgabenabzug

Voraussetzung für den Sonderausgabenabzug ist, dass eine auf Ihr Leben bezogene lebenslange Rente vereinbart ist. Die Rentenzahlung muss monatlich erfolgen und darf nicht vor Ihrem 62. Geburtstag beginnen. Es muss Personenidentität zwischen dem Beitragszahler, der versicherten Person und dem Leistungsempfänger bestehen. Bei Ehegatten oder Lebenspartnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (im Folgenden "Lebenspartner" genannt), die zusammen zur Einkommensteuer veranlagt werden, kommt es nicht darauf an, von welchem Ehepartner oder Lebenspartner die Beiträge geleistet werden. Weiter dürfen die Ansprüche aus dem Vertrag nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar sein. Ein Anspruch auf Zahlung einer Kapitalabfindung besteht nicht.

Die Vereinbarung einer Hinterbliebenenrente an Ehegatten, Lebenspartner oder Waisen bis zu einem bestimmten Alter ist möglich. Hinterbliebene sind der Ehegatte oder Lebenspartner des Steuerpflichtigen und die Kinder im Sinne des § 32 EStG. Der Anspruch auf Waisenrente ist dabei auf den Zeitraum zu begrenzen, in dem das Kind die Voraussetzungen des § 32 EStG erfüllt.

Folgende weitere Voraussetzungen für den steuerlichen Abzug der Beiträge für eine staatliche förderfähige Rentenversicherung (Basisversorgung) müssen erfüllt sein:

1. Es muss sich um Beiträge zugunsten eines nach § 5a des Altersvorsorge-Zertifizierungsgesetzes zertifizierten Vertrag handeln und
2. Bei Vorsorgeaufwendungen hat der Anbieter als mitteilungspflichtige Stelle nach Maßgabe des § 93c der Abgabenordnung und unter Angabe der Vertrags- oder der Versicherungsdaten die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten Beiträge und die Zertifizierungsnummer an die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) als zentrale Stelle (§ 81 EStG) zu übermitteln.

2.4 Besteuerung von (zugeflossenen) Rentenleistungen

Renten aus Rentenversicherungen als Basisversorgung sind einkommensteuerpflichtig.

Die Höhe des steuerpflichtigen Anteils der Rente (Besteuerungsanteil) hängt vom Jahr des Rentenbeginns ab.

Für Rentenbeginne im Jahr 2025 beträgt der steuerpflichtige Anteil der Rente 83,5 %. Für Rentenbeginne in den Folgejahren steigt der steuerpflichtige Anteil der Rente um einen halben Prozentpunkt jährlich. Für Rentenbeginne ab dem Jahr 2058 ist die Rente in voller Höhe (zu 100 %) steuerpflichtig (vgl. § 22 Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) EStG).

2.5 Individueller Rentenfreibetrag

Für Rentenbeginne in der Übergangsphase bis 2058 ist ein Rentenfreibetrag in Form der Differenz zwischen der gezahlten Jahresrente und dem Besteuerungsanteil zu ermitteln. Der Rentenfreibetrag ist also der Teil der Rente, der nicht versteuert werden muss. Er ist ein fester Eurobetrag und bleibt auch in den Folgejahren unverändert. Dieser individuelle Freibetrag wird aus der Rente des auf das Rentenbeginnjahr folgenden Jahres ermittelt. Regelmäßige Anpassungen der Rentenhöhe führen nicht zu einer Neuberechnung des steuerfreien Anteils. Beim Wechsel der Rentenart, z.B. von einer Alters- zu einer Hinterbliebenenrente, wird der steuerfreie Anteil der neuen Rente mittels des ursprünglichen Prozentsatzes neu berechnet.

Der Besteuerungsanteil für die Abfindung einer Kleinbetragsrente ermittelt sich entsprechend.

Die Rente aus der Basisversorgung ist mit dem steuerpflichtigen Anteil zu versteuern unabhängig davon, ob die Beiträge oder Teile davon als Sonderausgaben abgezogen wurden oder nicht. Dies gilt selbst dann, wenn sich nie ein Beitrag steuerlich ausgewirkt hat.

3. Versicherungsteuer

Die Beiträge zu Rentenversicherungen unterliegen grundsätzlich nicht der inländischen Versicherungsteuer. Bei einem Wegzug ins Ausland hat der Versicherungsnehmer die Provinzial hierüber zu informieren. Gegebenenfalls fällt eine ausländische Versicherungsteuer an.

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 Rentenzahlung, ist diese nicht erbschaft- / schenkungsteuerpflichtig.

Rentenleistungen an Witwen/Witwer oder Waisen unterliegen der Erbschaftsteuer (vgl. §§ 3 und 7 Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz (ErbStG)).

Ob sich aus den Hinterbliebenenleistungen tatsächlich eine Erbschaftsteuerschuld ergibt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

Auszahlungen an den hinterbliebenen Ehegatten und Waisen müssen von uns dem Finanzamt angezeigt werden.

6. Meldepflichten

Rentenbezugsmitteilung
Der Versicherer hat über die ausgezahlten Leistungen jährlich eine Rentenbezugsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Bund als zentrale Stelle zu übermitteln (vgl. §§ 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 eine steuerliche Förderung Ihrer Beiträge durch Sonderausgabenabzug im Inland entfallen.

Sofern Sie oder 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.

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

(Stand 27.03.2025)

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen. Wir können können Bestimmungen zu Ziffer 2 (Tarifabhängige Begrenzungen) in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils unterrichten.

1. Sonstige Kosten

Sonstige Kosten können gesetzliche Schadensersatzansprüche und Aufwendungsersatzansprüche sein.

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

Der Zinssatz für Verzugszinsen richtet sich nach der Situation am Kapitalmarkt. Er liegt jedoch höchstens 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

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

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

2. Tarifabhängige Begrenzungen

- Mindestbeitrag

monatlich	25 EUR
vierteljährlich	75 EUR
halbjährlich	150 EUR
jährlich	300 EUR
einmalig	5.000 EUR

- Höchstbetrag
  Die Summe der Beiträge und Zuzahlungen je Kalenderjahr darf das Doppelte des Höchstbetrages nach § 10 Abs. 3 Satz 1 EStG nicht übersteigen.

3. Fondsbezogene Begrenzungen

- Höchstanzahl der freien Fonds, auf die die Zuführung aufgeteilt werden kann	5
- Höchstanzahl der freien Fonds, die sich gleichzeitig im Teildeckungskapital der freien Fonds befinden	5
- Mindestzuführungsanteil je Fonds	10 % des Zuführungsbetrags