Allgemeine Bedingungen für die Firmenkundenlebensversicherung (ALV)

Inhalt **Seite**

Leistung
§ 1 Welche Leistung erbringen wir? ... 1
§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? ... 1
§ 3 Wie hoch ist der Rechnungszins? ... 3
§ 4 Wann beginnt und wo gilt Ihr Versicherungsschutz? ... 3
§ 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? ... 3
§ 6 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird? ... 4
§ 7 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? ... 4
§ 8 Wer erhält die Versicherungsleistung? ... 5

Beitrag
§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? ... 5
§ 10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? ... 5

Kündigung und Beitragsfreistellung
§ 11 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Zahlungen erbringen wir? ... 6
§ 12 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen? ... 7
§ 13 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet? ... 7

Sonstige Vertragsbestimmungen
§ 14 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? ... 8
§ 15 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen? ... 8
§ 16 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? ... 8
§ 17 Wo ist der Gerichtsstand? ... 8
§ 18 Welche Bestimmungen können wir ändern oder ersetzen? ... 9
§ 19 Was gilt im Falle von Wirtschaftssanktionen gegen ausländische Staaten? ... 9
§ 20 Was passiert bei Übernahme des Versicherungsvertrags durch die versicherte Person? ... 9
§ 21 An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden? ... 9

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

als Versicherungsnehmer oder Versicherungsnehmerin sind Sie unser Vertragspartner oder unsere Vertragspartnerin. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen und, abhängig von den versicherten Risiken, die den einzelnen Tarifen zugeordneten Besonderen Bedingungen.

Die Allgemeinen Bedingungen gelten nur, soweit in den Besonderen Bedingungen nichts Abweichendes geregelt ist. Die Besonderen Bedingungen gelten nur, soweit in den jeweiligen Tarifbedingungen nichts Abweichendes geregelt ist.
Verweise auf Gesetze basieren auf der derzeit gültigen Fassung.

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?

Welche Leistung wir im Versicherungsfall, d.h. bei Eintritt bestimmter Ereignisse erbringen, ist in den für Sie gültigen jeweiligen Tarifbedingungen beschrieben. Wir bezeichnen diese bestimmten Ereignisse als versicherte Risiken. Auf welchen speziellen Tarifen Ihr Versicherungsschutz beruht, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

1. Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung), es sei denn, die jeweiligen Tarifbedingungen schließen eine Überschussbeteiligung ausdrücklich aus. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Überschussermittlung

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

   Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindest-

zuführungsverordnung (MindZV)) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) **Kapitalerträge**

Die Überschüsse stammen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz (§ 3 MindZV). In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind 90% vorgeschrieben (§§ 4 Absatz 3, 5 MindZV). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

(bb) **Risikoergebnis**

Weitere Überschüsse entstehen dann, wenn der Verlauf des versicherten Risikos niedriger ist, als bei der Tarifkalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90% beteiligt.

(cc) **Übriges Ergebnis**

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50% beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben (z.B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen),
- wenn die Beiträge für die in Rückdeckung gegebenen Versicherungsverträge niedriger sind, als die Zahlungen des Rückversicherers.

(b) Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach
§ 139 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen und auch nur dann, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung auch für folgendes heranziehen:

- zur Abwendung eines drohenden Notstandes,
- zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind,
- oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, zu deren Bildung wir für jeden Vertrag verpflichtet sind, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Ein Teil der Bewertungsreserven sind nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Versicherungsverträge zu berücksichtigen. Der prozentuale Anteil der für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigenden Bewertungsreserven an den gesamten Bewertungsreserven wird einmal im Kalenderjahr festgestellt und bleibt für ein Jahr konstant.

Zu einem in der Deklaration der Überschussbeteiligung definierten Stichtag wird die Höhe der zu berücksichtigenden Bewertungsreserve festgestellt und den Verträgen nach dem in den Tarifbedingungen für den jeweilig abgeschlossenen Tarif beschriebenen verursachungsorientierten Verfahren gemäß den gesetzlichen Bestimmungen anteilig rechnerisch zugeordnet (§ 153 Absatz 3 VVG), zu dem dort angegebenen Zeitpunkt gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zugeteilt und ausgezahlt. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserve vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Überschussbeteiligung nach Gewinnverbänden

3. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Abrechnungsverbänden zusammengefasst und innerhalb der Abrechnungsverbände nach engeren Gleichheitskriterien sog. Gewinnverbände gebildet. Abrechnungsverbände bilden wir, beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gewinnverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Welchem Gewinnverband der jeweilige Tarif angehört, entnehmen Sie dem Versicherungsschein. Wie die Überschüsse bemessen, zugeteilt und verwendet werden, ist in den Tarifbedingungen für die jeweiligen Tarife festgelegt. Die in den speziellen jeweiligen Tarifbedingungen angesprochenen Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifkalkulation ermittelt.

Keine Garantie der Höhe der Überschussbeteiligung

4. Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind – allein schon wegen der langen Vertragslaufzeit – nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

§ 3 Wie hoch ist der Rechnungszins?

Sofern in den Tarifbedingungen nichts Abweichendes bestimmt ist, gilt Folgendes:

(a) Der Rechnungszins der mit Ihrer Versicherung abgeschlossenen Tarife beträgt 1% p.a..

(b) Dieser Rechnungszins liegt der Kalkulation der Beiträge der jeweils abgeschlossenen Tarife zu Grunde.

(c) Mit diesem Zinssatz werden die jeweiligen Deckungskapitale Ihrer Tarife während der gesamten Versicherungsdauer mindestens verzinst.

§ 4 Wann beginnt und wo gilt Ihr Versicherungsschutz?

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn 12 Uhr kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 10 Absatz 2).

2. Ihr Versicherungsschutz gilt weltweit.

3. Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Absatz 1 nicht berührt.

§ 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

2. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

4. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

   - vom Vertrag zurücktreten,
   - den Vertrag kündigen,
   - den Vertrag ändern oder
   - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten

   können und welche Folgen dies jeweils hat.

Rücktritt

5. Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig oder vorsätzlich verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Bei grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung, haben wir aber dann kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höhere Beiträge für zusätzliche Risiken oder Leistungsausschluss) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

6. Im Fall des Rücktritts, haben Sie rückwirkend ab Vertragsschluss keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen:

   Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

   - weder für den Eintritt des Versicherungsfalls
   - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich

   war.

7. Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den nach § 11 Absatz 3 berechneten Rückkaufswert zuzüglich der vorhandenen Überschussbeteiligung. Den Rückkaufswert zahlen wir nicht, wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls trotz unseres Rücktritts zur Leistung verpflichtet bleiben (vgl. Absatz 6). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

8. Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

9. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höhere Beiträge für zusätzliche Risiken oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

10. Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag um (siehe § 12).

Vertragsänderung

11. Können wir nicht zurücktreten, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höhere Beiträge für zusätzliche Risiken oder Leistungsausschluss) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5), werden

die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 9 Absatz 2 Satz 3) Vertragsbestandteil.

12. Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

    - wir im Rahmen einer Vertragsänderung die Beiträge für zusätzliche Risiken um mehr als 10 % erhöhen oder
    - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

    Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

13. Haben Sie oder die versicherte Person ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 19 VVG), ab Beginn des laufenden Versicherungsjahrs erhöhte risikogerechte Beiträge von Ihnen zu verlangen, die Vertragsbedingungen anzupassen oder den Vertrag zu kündigen (vgl. Absatz 8 und Absatz 11). Versicherte Person ist die Person, auf deren Leben, Berufs- oder Erwerbsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist.

Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte

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

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

16. 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.

17. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren seit Vertragsabschluss. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Bei vorsätzlicher oder arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht beträgt die Frist 10 Jahre seit Vertragsschluss.

Anfechtung

18. Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist), können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/ Wiederherstellung des Vertrages

19. Die Absätze 1 bis 18 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 12 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

20. Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als bevollmächtigt benannt haben, gilt nach Ihrem Tod eine bezugsberechtigte Person als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist keine bezugsberechtigte Person vorhanden oder kann ihr Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber oder die Inhaberin des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 6 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

1. Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein vorgelegt wird. Was weiter zu beachten ist und welche Nachweise darüber hinaus zu erbringen sind, hängt von der jeweiligen Leistung ab und ist daher in den jeweiligen Besonderen Bedingungen oder den jeweiligen Tarifbedingungen geregelt.

2. Unsere Geldleistungen überweisen wir auf das Konto der empfangsberechtigten Person. Bei Überweisung von Geldleistungen in Länder außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 7 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

2. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Dies gilt nur, wenn der Versicherungsschein eine Urkunde ist. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

3. In den Fällen des § 8 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige in Textform (z.B. Briefform, E-Mail, Fax) der bisher berechtigten Person vorliegt.

§ 8 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Sie können bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

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

   Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt die bezugsberechtigte Person das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen.

   Sie können ausdrücklich bestimmen, dass die bezugsberechtigte Person sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der unwiderruflich bezugsberechtigten Person geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

4. Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns von der bisherigen berechtigten Person in Textform angezeigt worden sind. Die bisherige berechtigte Person sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag (Einmalbeitrag), monatlich, viertel-, halb- oder jährlich (laufende Beiträge) zahlen.

2. Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nach Abschluss des Versicherungsvertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

3. Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag auf unserem Ihnen genannten Konto eingeht.

4. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtskräftig:

   - Der Beitrag konnte zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden und
   - Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

   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 der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

5. Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

6. Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Textform mit uns erforderlich.

7. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge, evtl. vereinbarte Stundung) verrechnen.

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

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag

1. Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

2. Ist der erste Beitrag oder der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles 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

3. Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Beitrag nicht rechtzeitig oder konnten diese nicht rechtzeitig eingezogen werden, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen setzen.

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

5. 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.

6. Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist, allerdings nur

   - innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder,
   - wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

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

§ 11 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Zahlungen erbringen wir?

Kündigung

1. Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 9 Absatz 2 Satz 3) ganz oder teilweise in Textform kündigen. Solange eine laufende Rente gezahlt wird, ist eine Kündigung nicht möglich. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

Auszahlungsbetrag bei Kündigung

2. Bei Kündigung haben wir unter den Voraussetzungen des § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) den Rückkaufswert zu erstatten, soweit ein solcher vorhanden ist und sofern einer Auszahlung Regelungen des Betriebsrentenrechts nicht entgegenstehen. Zusätzlich zum Rückkaufswert kann ein Überschussanteil gemäß Abs. 5 zur Auszahlung kommen.

   Beitragsrückstände werden vom Auszahlungsbetrag abgezogen.

Rückkaufswert

3. Der Rückkaufswert ist nach § 169 VVG das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital des Vertrages. Zu den Rechnungsgrundlagen zählen wir den Rechnungszins gemäß § 3, die vorliegenden Erfahrungen zur Kostenentwicklung für die laufende Vertragsverwaltung sowie die Eintrittswahrscheinlichkeiten der versicherten biometrischen Risiken. Der Rückkaufswert ist jedoch mindestens der Betrag des Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf wenigstens die ersten fünf Vertragsjahre ergibt, es sei denn, diese Kosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer den Beiträgen entnommen. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer bzw. Aufschubzeit kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer bzw. Aufschubzeit. Die Aufschubzeit ist bei Altersrententarifen die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zur Zahlung der ersten Altersrente.

   Bei mitversicherter Todesfallleistung wird aus dem die Todesfallleistung übersteigenden Teil des Rückkaufswertes des Gesamtvertrages eine beitragsfreie Leistung ohne Todesfallschutz gebildet.

Herabsetzung des Rückkaufswertes im Ausnahmefall

4. Wir sind berechtigt, den nach Absatz 3 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

5. Ist bei Vertragsabschluss nicht ausdrücklich vereinbart, dass gemäß den Tarifbedingungen für die jeweilig abgeschlossenen Tarife eine Überschussbeteiligung nicht gewährt wird, zahlen wir zusätzlich die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 4 berechneten Rückkaufswert enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher gemäß den Tarifbedingungen für die jeweilig abgeschlossenen Tarife für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 2 Absatz 2c zugeteilten Bewertungsreserven.

6. **Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages kann wegen der Verrechnung oder Verteilung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 13 Absatz 2a und 2b) nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 Satz 2 als Rückkaufswert vorhanden sein. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der gezahlten Beiträge, da ein Teil der Beiträge zur Deckung von Kosten des Versicherungsbetriebs und ggf. zur Deckung von Risiken bei Tarifen mit Risikocharakter verwendet wird. Eine Aufstellung der garantierten Rückkaufswerte können Sie der Rückkaufswerttabelle in Ihrer Kundeninformation entnehmen.**

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung bei Kündigung

7. Wenn der Gesamtvertrag ausschließlich zur Absicherung von Invalidität, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung dient und die Auszahlung eines Rückkaufswertes nicht vereinbart ist, wandelt sich Ihre Versicherung mit Ihrer Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 12 um.

Beitragsrückzahlung

8. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 12 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

1. Sie können anstelle einer Kündigung nach § 11 unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen in Textform verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden, sofern ein Rückkaufswert vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die versicherten Leistungen ganz oder teilweise auf die beitragsfreie Leistung herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes gemäß § 11 Absatz 3 errechnet wird. Sind zur Abdeckung der versicherten Risiken mehrere Tarife Bestandteile des Versicherungsvertrages bleiben bei der Herabsetzung die in den Tarifen versicherten Leistungen in ihrer prozentualen Höhe zueinander unverändert.

2. **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages kann wegen der Verrechnung oder Verteilung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 13 Absatz 2a und 2b) nur der Mindestwert gemäß § 11 Absatz 3 Satz 2 zur Bildung einer beitragsfreien Leistung vorhanden sein. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der gezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung, da ein Teil der Beiträge zur Deckung von Kosten des Versicherungsbetriebs und ggf. zur Deckung von Risiken bei Tarifen mit Risikocharakter verwendet wird. Eine Aufstellung der garantierten beitragsfreien Renten und ihrer Höhe können Sie der Rückkaufswerttabelle in Ihrer Kundeninformation entnehmen.**

§ 13 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

Arten der einkalkulierten Kosten

1. Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

   (a) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für die Vermittlung des Vertrages. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten insbesondere die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragstellung entstehen, sowie Werbeaufwendungen.

   (b) Zu den übrigen Kosten zählen insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung. Nähere Angaben zu den Kosten, insbesondere zur Kostenhöhe, können Sie Ihrer Kundeninformation entnehmen.

Verfahren zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten

2. Bei Einmalzahlung werden die Abschluss- und Vertriebskosten dem jeweiligen Einmalbeitrag entnommen. Zur Berechnung des Rückkaufswertes bei einer Kündigung verteilen wir diese Abschluss- und Vertriebskosten jedoch gemäß § 169 VVG auf 5 Jahre (vgl. § 11 Absatz 3) oder auf die Versicherungsdauer bzw. Aufschubzeit, sofern diese kürzer als fünf Jahre ist.

   Ist laufende Beitragszahlung vereinbart, gibt es drei Verfahren, wie die Abschluss- und Vertriebskosten mit den Beiträgen verrechnet werden. Welches der Verfahren bei Ihrem Vertrag verwendet wird, ist im Versicherungsschein oder dem Kollektivversicherungsvertrag dokumentiert. Im Folgenden beschreiben wir die drei Verfahren.

   Tilgung der Abschlusskosten durch die ersten Beiträge

   (a) Bei diesem Verfahren wenden wir auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Zur Berechnung des Rückkaufswertes bei einer Kündigung oder Beitragsfreistellung verteilen wir diese Abschluss- und Vertriebskosten jedoch auf 5 Jahre, höchstens jedoch auf die Versicherungsdauer bzw. Aufschubzeit, wenn diese kürzer als 5 Jahre ist. Dadurch erreicht der Rückkaufswert immer mindestens den in § 169 Absatz 3 VVG vorgeschriebenen Mindestrückkaufswert (vgl. § 11 Absatz 3 Satz 2). Der zu tilgende Betrag ist gemäß der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5% der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge begrenzt.

   Verteilung der Abschlusskosten über einen vereinbarten Zeitraum

   (b) Bei diesem Verfahren werden die Abschluss- und Vertriebskosten über einen vereinbarten, mindestens fünf Jahre langen Zeitraum innerhalb der Beitragszahlungsdauer verteilt. Der Rückkaufswert erreicht immer mindestens den in § 169 Absatz 3 VVG vorgeschriebenen Mindestrückkaufswert (vgl. § 11 Absatz 3 Satz 2). Der zu verteilende Betrag ist gemäß der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5% der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge begrenzt.

   Verteilung der Abschlusskosten über die Beitragszahlungsdauer

   (c) Bei diesem Verfahren werden sie während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer gleichmäßig aus den laufenden Beiträgen entnommen. Der Rückkaufswert erreicht immer mindestens den in § 169 Absatz 3 VVG vorgeschriebenen Mindestrückkaufswert (vgl. § 11 Absatz 3 Satz 2).

3. Sind bei Anwendung der Verfahren gemäß Absatz 2a oder Absatz 2b noch nicht getilgte Abschlusskosten vorhanden, so werden diese übersteigenden Kosten während der Beitragszahlungsdauer gleichmäßig aus den laufenden Beiträgen entnommen.

4. Die übrigen Kosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

5. Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur der Mindestwert gemäß § 11 Absatz 3 Satz 2 für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistung

vorhanden sein kann. Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und beitragsfreien Versicherungsleistungen sowie ihren jeweiligen Höhen können Sie der Rückkaufswerttabelle in Ihrer Kundeninformation entnehmen.

§ 14 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Kosten für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

1. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir Ihnen in folgenden Fällen die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen.

   - Erteilung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein,
   - Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
   - Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren, sofern von Ihnen zu vertreten,
   - Durchführung von Vertragsänderungen,
   - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen,
   - Anschriftermittlung,
   - Versicherungsnehmerwechsel,
   - Wiederinkraftsetzung.

   Die gegenwärtig erhobenen Gebühren entnehmen Sie bitte der Kundeninformation. Wir sind berechtigt und verpflichtet, die Höhe der Gebühren nach billigem Ermessen an die Kostenentwicklung angemessen anzupassen. Eine Liste mit den aktuellen Gebührensätzen senden wir Ihnen auf Wunsch zu. Wir fordern angefallene Gebühren ein oder verrechnen sie bei Fälligkeit der Versicherungsleistung.

Möglichkeit des Nachweises geringerer Kosten

2. Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Die Beweislast für die Angemessenheit der Kostenpauschale tragen wir. Sofern Sie uns aber demgegenüber nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Gebühren für weitere Leistungen

3. Wir sind berechtigt, für weitere Leistungen, die wir in Ihrem Auftrag oder Ihrem mutmaßlichen Interesse erbringen und die, nach den Umständen zu urteilen, nur gegen eine Vergütung zu erwarten sind, Gebühren nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) zu erheben. Für Leistungen, zu deren Erbringung wir gesetzlich oder vertraglich verpflichtet sind, erheben wir keine Gebühren, es sei denn, dies ist gesetzlich zulässig.

Weiterbelastung öffentlicher Abgaben

4. Sollten Steuern auf Versicherungsbeiträge oder sonstige öffentliche Abgaben erhoben werden, sind wir berechtigt, Ihnen diese weiterzubelasten.

§ 15 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

1. Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen – soweit in den Bedingungen nichts anderes geregelt ist – stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

   Ihre Mitteilungen richten Sie bitte an die unten sowie in der Kundeninformation angegebene Adresse.

   Versicherungsvertreter oder -vertreterinnen sind zu ihrer Entgegennahme im Rahmen der gesetzlichen Regelungen bevollmächtigt, nicht jedoch zur Abgabe von Erklärungen über den Abschluss, die Änderung, die Kündigung oder den Rücktritt von Versicherungsverträgen in unserem Namen.

2. Eine Änderung der Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre zuletzt bekannte Anschrift gesandt werden kann; unsere Erklärung gilt drei Tage nach Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

3. Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

4. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (zustellungsbevollmächtigte Person). Dies gilt nicht für diejenigen Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums, in denen wir im Rahmen des Dienstleistungsverkehr tätig sind.

§ 16 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 17 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz liegt. Dies ist gegenwärtig Augsburg. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

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

3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Vertragsschluss an einen Ort außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, oder ist Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, sind die Gerichte der Bundesrepublik

Deutschland zuständig. Örtlich zuständig ist das für unseren Geschäftssitz zuständige Gericht (Augsburg). Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§ 18 Welche Bestimmungen können wir ändern oder ersetzen?

1. Sollten einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen auf Grund eines bestandskräftigen Verwaltungsaktes oder höchstrichterlicher Rechtsprechung unwirksam sein, sind wir berechtigt, diese nach § 164 VVG zu ersetzen.

2. Zwei Wochen nachdem wir Sie davon benachrichtigt haben, werden die Änderungen und Ergänzungen wirksam.

§ 19 Was gilt im Falle von Wirtschaftssanktionen gegen ausländische Staaten?

Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 20 Was passiert bei Übernahme des Versicherungsvertrags durch die versicherte Person?

Wird der Versicherungsvertrag auf die versicherte Person übertragen, so kann diese die Versicherung ohne Gesundheitsprüfung innerhalb von drei Monaten ab Wirksamwerden der Abmeldung - soweit möglich - als Einzelversicherung mit einem neu zu kalkulierenden Beitrag fortsetzen.

Ab der Übernahme durch die versicherte Person gelten Sonderkonditionen sowie speziell im Kollektiv angebotenene Tarife, soweit vorher vereinbart, nicht mehr. An Stelle der Sonderkonditionen gelten ab diesem Zeitpunkt die Konditionen des Einzelgeschäfts in der betrieblichen Altersversorgung bzw. – falls ein solcher Tarif im Einzelgeschäft nicht angeboten wird – der dem ursprünglichen Tarif am ehesten entsprechende Tarif.

§ 21 An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?

1. Wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind. Wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind, stehen Ihnen derzeit insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Unser Beschwerdenmanagement

2. Bitte wenden Sie sich jederzeit mit Ihrem Anliegen oder Ihrer Beschwerde direkt an Ihre Kundenservice-Ansprechpartner:innen. Die Adresse und Telefonnummer finden Sie in dem Begleitschreiben zu Ihrem Versicherungsschein.

   Darüber hinaus können Sie uns derzeit auch wie folgt erreichen:

   Dialog Lebensversicherungs-AG
   KompetenzCenter Corporate Solutions
   Oeder Weg 151
   60318 Frankfurt am Main
   E-Mail: bittebesser-bAV@dialog-versicherung.de
   Telefon: 069 - 1502 - 2522

Versicherungsombudsmann e. V.

3. Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden oder hat eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt, können Sie sich als Verbraucher an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

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

   Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher:innen kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Als Mitglied im Versicherungsombudsmann e. V. haben wir uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Versicherungsaufsicht

4. Sie haben auch die Möglichkeit, sich an die für uns zuständige Aufsicht zu wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

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

Rechtsweg

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

Ergänzende Bedingungen für die Direktversicherungen nach § 3 Nr.63 EStG

Inhalt **Seite**

Leistung
§ 1 Welche Leistung erbringen wir bei Tod der versicherten Person? 1
§ 2 Unter welchen Voraussetzungen kann eine Kapitalzahlung im Erlebensfall gewählt werden? 1
§ 3 Welche Abfindungsmöglichkeit besteht für Kleinstrenten? 1
§ 4 Wer erhält Hinterbliebenenversorgung im Todesfall? 1

Beitrag
§ 5 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen? 2

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

die nachfolgenden Bedingungen gelten in Ergänzung und vorrangig zu den Allgemeinen Bedingungen für die Firmenkundenlebensversicherung (im folgenden ALV genannt), den jeweiligen Besonderen Bedingungen sowie ggf. spezielleren Tarifbedingungen, sofern Sie eine Direktversicherung nach § 3 Nr.63 Einkommensteuergesetz (EStG) abgeschlossen haben.

Verweise auf Gesetze basieren auf der derzeit gültigen Fassung.

§ 1 Welche Leistung erbringen wir bei Tod der versicherten Person?

Leistung bei Tod der versicherten Person innerhalb der Aufschubzeit bzw. Versicherungsdauer

1. Ist eine Kapitalauszahlung im Todesfall vereinbart, wie z.B. Beitragsrückgewähr gemäß § 1 Absatz 5 Satz 1 der Tarifbedingungen für die Altersrententarife oder werden die Überschüsse verzinslich angesammelt und nicht zur Erhöhung einer eventuell eingeschlossenen Hinterbliebenen-Zusatzversicherung verwendet, so wird im Falle des Todes der versicherten Person das zur Verfügung stehende Kapital zur Hinterbliebenenversorgung verrentet. Sofern und soweit die für die steuerliche Behandlung der Beitragszahlung jeweils maßgebenden rechtlichen Vorschriften dies zulassen, kann die Hinterbliebenenleistung auch in Form einer einmaligen Kapitalauszahlung erfolgen.

Dauer der Rentenzahlung

2. Hinterbliebenenrenten gemäß Absatz 1 zahlen wir lebenslang auf das Leben der versorgungsberechtigten hinterbliebenen Person. Hiervon abweichend zahlen wir eine Rente an hinterbliebene Kinder allerdings nur solange, wie sie steuerlich berücksichtigungsfähig im Sinne von § 32 Absatz 3, Absatz 4 Satz 1 Nr.1-3 und Absatz 5 EStG sind, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Höhe der Hinterbliebenenrente

3. Die Höhe der gemäß Absatz 1 ggf. lebenslang - bzw. für Kinder zeitlich befristet - zu zahlenden Hinterbliebenenversorgung richtet sich nach dem Alter der nach § 4 Absatz 1 zu versorgenden Person oder Personen und dem zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person für das Neugeschäft maßgeblichen Tarif.

Leistung bei Tod der versicherten Person innerhalb einer vereinbarten Rentengarantiezeit

4. Abweichend von § 1 Absatz 2 der Tarifbedingungen für die Altersrententarife zahlen wir eine Rente an hinterbliebene Kinder allerdings nur solange, wie sie steuerlich berücksichtigungsfähig im Sinne von § 32 Absatz 3, Absatz 4 Satz 1 Nr.1-3 und Absatz 5 EStG sind, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen kann eine Kapitalzahlung im Erlebensfall gewählt werden?

Die Leistungen im Erlebensfall werden als Rente erbracht. Abweichend von § 1 Absatz 6 der Tarifbedingungen für die Altersrententarife kann zu Beginn der Auszahlungsphase vereinbart werden, dass zum Rentenbeginn 30% des Kapitalabfindungsbetrags als einmalige Kapitalauszahlung erbracht wird. Die volle Kapitalauszahlung ist nur dann möglich, wenn uns der Antrag auf Kapitalabfindung im ersten Monat des letzten vollen Jahres vor Rentenbeginn bzw. – bei Einschluss einer Hinterbliebenenrente in Höhe von wenigstens 50% der Altersrente oder Einschluss einer Rentengarantiezeit von mindestens 5 Jahren – in den ersten neun Monaten des letzten vollen Jahres vor Rentenbeginn, mitgeteilt wird.

§ 3 Welche Abfindungsmöglichkeit besteht für Kleinstrenten?

Ist eine monatliche Rente nicht größer als ein Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch IV, so dürfen wir die Rente durch eine Kapitalzahlung abfinden, auch wenn Sie keine Kapitalauszahlung gemäß § 2 gewählt haben.

§ 4 Wer erhält Hinterbliebenenversorgung im Todesfall?

1. Wer im Falle des Todes der versicherten Person als Hinterbliebene bzw. Hinterbliebener bezugsberechtigt bezüglich einer ggf. fällig werdenden Hinterbliebenenversorgung ist, sowie die dazugehörige Rangfolge, ergibt sich aus dem Kollektivversicherungsvertrag und wird in den Versicherungsscheinen dokumentiert.

2. Sind im Zeitpunkt des Todes der versicherten Person keine bezugsberechtigten hinterbliebenen Personen vorhanden, welche ausweislich des Kollektivversicherungsvertrages steuerlich als enge Hinterbliebene anerkannt werden, wird, sofern eine Hinterbliebenenversorgung aus dem Altersrententarif vorhanden wäre, die nicht aus einer Hinterbliebenen-Zusatzversicherung stammt, an die von der versicherten Person schriftlich namentlich benannte Person bzw., sofern eine solchen nicht benannt wurde, an die Erben der versicherten Person, anstelle der Hinterbliebenenversorgung, eine Todesfallleistung als Einmalzahlung gezahlt. Die Todesfallleistung entspricht der Höhe nach grundsätzlich der kapitalisierten Hinterbliebenenversorgung, ist maximal jedoch auf die Höhe eines angemessenen Sterbegeldes gemäß § 150 Absatz 4 VVG begrenzt.

§ 5 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

1. Sie können während der Versicherungsdauer freiwillig einmalige Beiträge (Zuzahlungen) zahlen, um Ihren Versicherungsschutz zu erhöhen. Sind mehrere Risiken versichert, erhöhen sich die versicherten Leistungen im ursprünglich vereinbarten Verhältnis.

2. Die Zuzahlungen müssen wenigstens 500 Euro betragen. Die Summe der Zuzahlungen darf die maximale Zuzahlungsgrenze des § 3 Nr.63 EStG in der im Zeitpunkt der Zuteilung geltenden Höhe nicht überschreiten.

3. Die Höhe der aus der Zuzahlung gebildeten versicherten Leistungen basiert auf den zum Zeitpunkt der Zuzahlung für das Neugeschäft maßgeblichen Rechnungsgrundlagen und den relevanten personenbezogenen Daten (z.B. Alter). Insbesondere wird bei Tarifen für das Risiko der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der dann ausgeübte Beruf zugrunde gelegt.

   Die Zuzahlung stellt einen weiteren selbständigen Versicherungsvertrag nach den zur Zeit der Erhöhung gültigen Versicherungsbedingungen zwischen Ihnen und uns dar.

Tarifbedingungen für die Altersrententarife R001, R002, R003, R004, R011, R022, R033 und R044

Inhalt **Seite**

Leistung
§ 1 Welche Leistung erbringen wir? 1
§ 2 Welche Bestimmungen gelten für die Gewinnzuteilung und Verwendung? 2

Sonstige Bestimmungen
§ 3 Wann wird ein Rückkaufswert im Fall der Kündigung gezahlt? 3
§ 4 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg? 3
§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person? 3
§ 6 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? 4

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

die nachfolgenden Bedingungen gelten in Ergänzung zu den Allgemeinen Bedingungen für die Firmenkundenlebensversicherung (im folgenden ALV genannt), sowie ggf. weiterer Besonderer Bedingungen.

Die Allgemeinen Bedingungen gelten nur, soweit in den Besonderen Bedingungen nichts Abweichendes geregelt ist. Die Besonderen Bedingungen gelten nur, soweit in den jeweiligen Tarifbedingungen nichts Abweichendes geregelt ist.
Verweise auf Gesetze basieren auf der derzeit gültigen Fassung.

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?

Leistung bei Rentenbeginn

1. Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Altersrentenbeginn, so zahlen wir die versicherte Altersrente solange die versicherte Person lebt. Die Altersrente zahlen wir je nach vereinbarter Rentenzahlungsweise jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich.

   Haben Sie die Überschussverwendungsart OPTINVEST oder Indexorientierung, ohne dass die rückfließenden Gewinne zur Erhöhung der garantierten Leistungen verwendet werden, gewählt, so vergleichen wir die versicherte Altersrente und evtl. versicherte Hinterbliebenen- und/oder Waisenrente mit

   - den Rentenleistungen, die sich durch Verrentung der bei Rentenbeginn zur Verfügung stehenden Kapitalabfindung zzgl. dem Betrag aus der Überschussbeteiligung mit den bei Rentenbeginn geltenden Rechnungsgrundlagen für das Neugeschäft
   - und den Rentenleistungen, die sich durch Verrentung der bei Rentenbeginn zur Verfügung stehenden Kapitalabfindung zzgl. dem Betrag aus der Überschussbeteiligung mit 60% des bei Vertragsabschluss gültigen Rentenfaktors ergeben.

   Wir zahlen die sich daraus ergebende höchste Rentenleistung.

   Haben Sie die Überschussverwendungsart Indexorientierung gewählt und werden die rückfließenden Gewinne zur Erhöhung der garantierten Leistungen verwendet, so zahlen wir mindestens die dann versicherte Altersrente.

   Bei den Tarifen R003, R004, R033 und R044 zahlen wir die Altersrente längstens bis zum vereinbarten Ablauf der Rentenzahlungsdauer. Bei den Tarifen R002, R004, R022 und R044 steigt die Rentenzahlung ab Rentenbeginn jährlich am Jahresfälligkeitstag um den bei Versicherungsbeginn fest vereinbarten Prozentsatz. Weicht der Jahresfälligkeitstag vom Jahrestag des Rentenbeginns ab, so steigt die Rentenzahlung zum ersten Jahresfälligkeitstag nur um einen anteiligen Prozentsatz.

Leistung bei vereinbarter Rentengarantiezeit

2. Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart und erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenbeginn, so zahlen wir die vereinbarte Altersrente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Nachträglicher Einschluss oder Änderung der Rentengarantiezeit

3. Sie können eine Rentengarantiezeit auch nachträglich einschließen, sofern für den Altersrentenbezug keine Hinterbliebenenleistung vereinbart ist.

   Ebenso können Sie eine bereits vereinbarte Rentengarantiezeit bei Rentenbeginn verändern.

   Die neu einzuschließende oder zu ändernde Rentengarantiezeit können Sie nur bis spätestens 3 Monate vor Altersrentenbeginn beantragen. Sie darf die voraussichtliche durchschnittliche Lebenserwartung nicht übersteigen.

   Bei nachträglichem Einschluss oder Änderungen der Rentengarantiezeit wird die garantierte Altersrente neu berechnet. Nach Einschluss oder Änderung der Rentengarantiezeit zahlen wir die dann garantierte Altersrente mindestens bis zum Ablauf der neu vereinbarten Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Leistung bei Tod der versicherten Person vor dem vereinbarten Rentenbeginn

4. Stirbt die nach dem Tarif R011, R022, R033 oder R044 versicherte Person vor Altersrentenbeginn, so werden die für diesen Tarif eingezahlten Beiträge ohne Zinsen und unter Abzug von etwaige Stückkosten zurückgezahlt. Bei den Tarifen R001, R002, R003 und R004 ist keine Rückgewähr der gezahlten Beiträge im Todesfall eingeschlossen. Bei Tod der versicherten Person vor Altersrentenbeginn werden etwaig angesammelte Überschüsse ausgezahlt oder zur Erhöhung der Hinterbliebenen- und/oder Waisenrenten, sofern eingeschlossen, herangezogen.

Vorgezogener Rentenbeginn

5. Sie können mit Frist von einem Monat zum Monatsende einen früheren Rentenbeginn wählen (Abrufoption), sofern Sie bis zu dem vorgezogenen Rentenbeginn keine laufenden Rentenleistungen aus Invaliditäts(zusatz)tarifen beziehen. Der neue Rentenbeginn kann frühestens zehn Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn liegen. Die versicherte Person muss jedoch zum Zeitpunkt des vorverlegten Rentenbeginns das 62. Lebensjahr vollendet haben. Die zu zahlende Altersrente wird in diesem Fall nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herabgesetzt.

Kapitalabfindung

6. Anstelle der Altersrente leisten wir zum Altersrentenbeginn die dokumentierte Kapitalabfindung, wenn die versicherte Person diesen Termin erlebt und uns der Antrag auf Kapitalabfindung spätestens ein Jahr, bei Einschluss einer Hinterbliebenenrente in Höhe von wenigstens 50% der Altersrente oder Einschluss einer Rentengarantiezeit von mindestens 5 Jahren spätestens drei Monate, vor dem Rentenbeginn zugegangen ist. Mit der Auszahlung der Kapitalabfindung erlischt Ihre Versicherung einschließlich eventuell eingeschlossener Zusatzversicherungen.

§ 2 Welche Bestimmungen gelten für die Gewinnzuteilung und Verwendung?

Allgemeines

1. Der abgeschlossene Tarif gehört zu Gewinnverband D27. Der Gewinnverband D27 ist dem Abrechnungsverband S19 zugeordnet. Jede einzelne Versicherung innerhalb eines Gewinnverbandes erhält Anteile an den Überschüssen des jeweiligen Abrechnungsverbandes, dem der Gewinnverband zugeordnet ist. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Zuteilung und Verwendung des jährlichen Überschussanteils

2. Der jährliche Überschussanteil wird jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres zugeteilt. Die Wartezeit beträgt bei Tarifen gegen Einmalbeitrag ein Jahr, ansonsten zwei Jahre. Der jährliche Überschussanteil wird vor Rentenbeginn je nach der im Versicherungsschein dokumentierten Überschussverwendungsart entweder mit dem jährlich deklarierten Ansammlungszinssatz verzinslich angesammelt, mit den Beiträgen verrechnet, ausgezahlt oder er wird als Einmalbeitrag zur Erhöhung der garantierten Rentenzahlung (Bonussystem) verwendet. Für die Erhöhungen gelten wiederum die für diesen Tarif gültigen Versicherungsbedingungen. Insbesondere sind die Erhöhungen nach einem Versicherungsjahr am Überschuss beteiligt. Bei verzinslicher Ansammlung kann der bei Rentenbeginn zur Verfügung stehende Betrag ausgezahlt oder zur Erhöhung der Rente unter Beachtung des § 1 Absatz 1 verwendet werden.

3. Wird das Bonussystem gewählt, so bleibt das Verhältnis zwischen garantierter Altersrente und evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherungen unverändert.

4. Zu Beginn der Rentenzahlung können Sie bestimmen, nach welchem der folgenden Verfahren die Überschüsse im Rentenbezug verwendet werden sollen.

   Während der Rentenzahlung können die Überschussanteile ab dem zweiten Rentenbezugsjahr zur Erhöhung der garantierten Rente oder zur Auszahlung mit der Rente verwendet werden. Bei Auszahlung der Überschussanteile fällt die Gesamtrentenrate.

Rechnungsgrundlagen bei Rentenerhöhung

5. Werden Überschussanteile vor oder während der Rentenbezugszeit zur Erhöhung der garantierten Rente verwendet, kann die Berechnung der zusätzlichen garantierten Rente auf den zum Zeitpunkt der Rentenerhöhung für das Neugeschäft maßgeblichen Rechnungsgrundlagen und den relevanten personenbezogenen Daten (z.B. Alter) basieren.

Bemessung des laufenden jährlichen Überschussanteils

6. Der jährliche Überschussanteil besteht aus einem Zinsüberschussanteil, der in der Anwartschaft in Prozent des um ein Jahr mit dem Rechnungszins der Tarifkalkulation (0%) diskontierten Deckungskapitals (vgl. ALV) zu Beginn des Versicherungsjahres, während des Rentenbezugs in Prozent des Deckungskapitals zu Beginn des Versicherungsvorjahres, bemessen wird.

Einmaliger Schlussüberschussanteil

7. Der Schlussüberschussanteil bemisst sich in Promille der Kapitalabfindung für jedes Jahr der Aufschubzeit. Mit Kapitalabfindung ist die zum Ende der vereinbarten Aufschubzeit versicherte Kapitalabfindung gemeint. Wird als Überschussverwendungsart das Bonussystem (vgl. Absatz 2) gewählt, erhalten die hierbei gebildeten Vertragsteile keine Schlussüberschussanteile. Zur Finanzierung des Schlussüberschussanteils wird eine Reservierung in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung vorgenommen. Ein Schlussüberschussanteil wird frühestens nach 2 Jahren gewährt. Bei Kündigung wird kein Schlussüberschussanteil fällig, wenn zum Zeitpunkt der Kündigung weniger als 10 Jahre und weniger als die Hälfte der Aufschubzeit abgelaufen sind. Fällig wird bei Kündigung der geringere, bei Tod der höhere Wert der obengenannten Reservierung für den Schlussüberschussanteil oder des nach versicherungsmathematischen Grundsätzen bestimmten Barwerts des Schlussüberschusses bei Ablauf der Aufschubzeit. Dieser Barwert wird vermindert im Verhältnis der abgelaufenen Dauer zur Aufschubzeit, wobei die genannten Dauern zuvor um die Schlussüberschusswartezeit (2 Jahre) vermindert werden. Ein

Schlussüberschussanteil wird jedoch nur fällig, wenn bereits ein jährlicher Überschussanteil vorhanden ist. Der Schlussüberschussanteil wird bei Beendigung des Versicherungsvertrages ausgezahlt oder er wird zur Erhöhung der garantierten Rente verwendet. Absatz 5 gilt entsprechend.

Überschussrentenanteil

8. Der Überschussrentenanteil bemisst sich in Promille der Kapitalabfindung für jedes Jahr der Aufschubzeit. Wird als Überschussverwendungsart das Bonussystem (vgl. Absatz 3) gewählt, erhalten die hierbei gebildeten Vertragsteile keine Überschussrentenanteile. Ein Überschussrentenanteil wird frühestens nach 2 Jahren gewährt. Bei Kündigung, Tod oder Wahl der Kapitalabfindung wird kein Überschussrentenanteil fällig. Aus dem Überschussrentenanteil wird bei Altersrentenbeginn eine zusätzliche garantierte Altersrente gebildet. Absatz 5 gilt entsprechend.

9. Sie haben keinen Rechtsanspruch auf Gewährung des Schlussüberschussanteils oder des Überschussrentenanteils, es sei denn, für das Jahr, in dem die Versicherung durch Kündigung oder Tod endet oder die Aufschubzeit abläuft, ist ein Schlussüberschussanteil oder ein Überschussrentenanteil festgelegt.

Bewertungsreserve gemäß § 2 Absatz 2c ALV

Tarife vor Rentenbeginn

Verfahren der Zuordnung

10. Maßgeblich für den Anteil dieses Vertragsbestandteils an der zu Beginn des Monats der Zuteilung zu verteilenden Bewertungsreserve ist das Deckungskapital zuzüglich bereits vorhandener angesammelter Überschussanteile unter Berücksichtigung der jeweiligen Bestandsdauer des abgeschlossenen Tarifs.

Zeitpunkt der Zuteilung und Verwendung

11. Die so ermittelte Bewertungsreserve wird gemäß § 153 Absatz 3 und 4 VVG bei Beendigung dieses Tarifs, spätestens jedoch bei Ablauf der Aufschubzeit zugeteilt. Die Bewertungsreserve wird bei Beendigung des Versicherungsvertrages ausgezahlt, ansonsten wird sie zur Erhöhung der garantierten Rente verwendet. Absatz 5 gilt entsprechend.

Tarife nach Rentenbeginn

12. Abweichend von dem in § 2 Absatz 2c ALV definierten Verfahren werden Tarife im Rentenbezug jährlich an der Bewertungsreserve beteiligt, sofern eine Beteiligung für das laufende Versicherungsjahr im Geschäftsbericht festgelegt ist. Der jährliche Anteil wird in Prozent des Deckungskapitals zu Beginn des Versicherungsvorjahres bemessen und entsprechend der laufenden Überschussbeteiligung zugeteilt und verwendet.

§ 3 Wann wird ein Rückkaufswert im Fall der Kündigung gezahlt?

Ein Rückkaufswert aus diesem Tarif kann nur und unter den Voraussetzungen des § 11 Absatz 2 ALV ausgezahlt werden, wenn Ihr Vertrag eine Beitragsrückgewähr gemäß § 1 Absatz 4 oder eine zusätzliche Leistung im Todesfall der versicherten Person während der Aufschubzeit vorsieht.

Ist keine Todesfallleistung versichert, wird bei einer Kündigung ein eventuell vorhandener Rückkaufswert für die Berechnung einer beitragsfreien Versicherungsleistung verwendet.

§ 4 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des freiwilligen Wehrdienstes oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.

2. Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, beschränkt sich eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes - sofern vorhanden. Zu diesem Zeitpunkt evtl. vorhandene verzinslich angesammelte Überschussanteile zahlen wir aus. Der gesamte Auszahlungsbetrag ist jedoch auf die Höhe der versicherten Todesfallleistung begrenzt. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

3. Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen und ist der der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden, so beschränkt sich eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes - falls vorhanden. Zu diesem Zeitpunkt evtl. vorhandene verzinslich angesammelte Überschussanteile zahlen wir aus. Der gesamte Auszahlungsbetrag ist jedoch auf die Höhe der versicherten Todesfallleistung begrenzt. Absatz 2 Satz 3 bleibt unberührt.

4. Für den Todesfall versicherte Rentenleistungen vermindern sich bei Tod der versicherten Person gemäß Absatz 2 oder Absatz 3 auf den Betrag, den wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufswert erbringen können.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

1. Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren seit Zahlung des Einlösungsbeitrages oder seit Wiederherstellung der Versicherung besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir, falls eine Kapitalleistung für den Todesfall versichert ist, den für den Todestag berechneten Rückkaufswert - sofern vorhanden - Ihrer Versicherung und zu diesem Zeitpunkt evtl. vorhandene verzinslich angesammelte Überschussanteile aus. Für den Todesfall versicherte Rentenleistungen vermindern sich auf den Betrag, den wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufswert erbringen können.

Die Dreijahresfrist beginnt mit dem Zeitpunkt einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung für den geänderten oder wiederhergestellten Teil neu zu laufen.

2. Bei vorsätzlicher Selbsttötung nach Ablauf der Dreijahresfrist bleiben wir zur Leistung verpflichtet.

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

1. Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt.

2. Wir können vor jeder Renten- oder Kapitalzahlung auf Ihre Kosten ein amtliches Zeugnis in deutscher, englischer oder französischer Sprache darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb eines Staates der Europäischen Gemeinschaft, der Schweiz, Norwegens oder Islands, so muss das amtliche Zeugnis vom deutschen Konsulat oder von der deutschen Botschaft ausgestellt werden oder es muss eine vom deutschen Konsulat oder von der deutschen Botschaft beglaubigte deutsche Übersetzung einer von einer autorisierten Behörde des Wohnsitz- bzw. Aufenthaltsstaates ausgestellten Lebensbestätigung eingereicht werden. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

3. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Absatz 1 genannten Unterlagen ist uns eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende, Sterbeurkunde einzureichen.

4. Ist für den Todesfall eine Leistung vereinbart, so ist uns ferner ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, vorzulegen. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen.

5. Kosten, die mit der Beibringung der nach den vorstehenden Absätzen geforderten Zeugnisse und Nachweise ggf. verbunden sind, trägt die Person, die die Versicherungsleistung beansprucht.

Besondere Bedingungen für alle Berufsunfähigkeitstarife

Inhalt **Seite**

Leistung
§ 1 Welche Leistung erbringen wir? 1
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? 1
§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 4

Laufende Anzeige- und Mitwirkungspflichten und Feststellung des Versicherungsfalls
§ 4 Was müssen Sie uns während der Laufzeit im Hinblick auf das Rauchverhalten der versicherten Person anzeigen? 4
§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Sie Leistungen verlangen? 5
§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? 5

Nachprüfung der Leistungspflicht
§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bei Tarifen ohne Kapitalleistung? 6
§ 8 Was geschieht bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalles? 6

Beitrag
§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zusätzlich zu § 9 ALV zu beachten? 6

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

die nachfolgenden Bedingungen gelten in Ergänzung zu den Allgemeinen Bedingungen für die Firmenkundenlebensversicherung (im folgenden ALV genannt) und der jeweiligen Tarifbedingungen für die Berufsunfähigkeitstarife, sofern unser Vertragsverhältnis Leistungen aus Berufsunfähigkeitstarifen vorsieht.

Die ALV gelten nur, soweit in diesen Besonderen Bedingungen für alle Berufsunfähigkeitstarife (BBV) nichts Abweichendes geregelt ist. Diese BBV gelten nur, soweit in den Tarifbedingungen für die Berufsunfähigkeitstarife nichts Abweichendes geregelt ist.

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?

Abhängig davon, welchen speziellen Berufsunfähigkeitstarif Sie eingeschlossen haben, zahlen wir bei während der Versicherungsdauer dieser Versicherung eingetretener Berufsunfähigkeit (vgl. § 2) eine Berufsunfähigkeitsrente, eine einmalige Kapitalauszahlung und/oder befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht. Näheres zum Leistungsumfang aus den eingeschlossenen Tarifen entnehmen Sie bitte den jeweiligen für Sie geltenden Tarifbedingungen für die Berufsunfähigkeitstarife.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit

1. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande ist, ihren zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben. Unter Beruf verstehen wir eine auf Dauer angelegte Erwerbstätigkeit, die der Sicherung und Erhaltung der Lebensgrundlage dient. Hierunter fallen auch berufliche Tätigkeiten im Rahmen von zeitlich befristeten Arbeitsverträgen. Auch eine hauptberufliche Ausbildung oder ein hauptberufliches ordentliches Studium sehen wir als Beruf an. „Hauptberuflich“ im Zusammenhang mit Ausbildung und Studium bedeutet, dass Zeit und Arbeitskraft der versicherten Person überwiegend durch die berufsbezogene Ausbildung oder das Studium in Anspruch genommen werden. Ein Promotionsstudium oder ein Ergänzungs- oder Zweitstudium gilt nicht als ordentliches Studium im Sinne dieser Bedingungen. Einen Wechsel des Berufes der versicherten Person nach Abschluss des Vertrages brauchen Sie uns nicht anzuzeigen; Beiträge und Leistungen ändern sich dadurch nicht. Dies gilt auch dann, wenn die Ausbildung oder das Studium der versicherten Person abgeschlossen wurde und eine Berufstätigkeit aufgenommen wird.

   Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit tatsächlich ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entspricht. Dies ist der Fall, wenn berufliches Bruttoeinkommen und soziale Wertschätzung der neuen Tätigkeit nicht spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs sinken („konkrete Verweisung“).

   Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit auch nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine neue Berufsausbildung beginnt und einen vergleichbaren Ausbildungsstand wie in der vorhergehenden Berufsausbildung erreicht hat. Ferner liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor, wenn die versicherte Person ohne erneute Berufsausbildung einen Beruf ergreift, mit dem sie eine dem ursprünglich erzielten Ausbildungsstand vergleichbare Lebensstellung erreicht hat.

   Bei ordentlich Studierenden liegt Berufsunfähigkeit auch nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person ein neues Studium beginnt und einen vergleichbaren

Ausbildungsstand wie in dem vorhergehenden Studium erreicht hat. Ferner liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor, wenn die versicherte Person ohne erneutes Studium eine andere Tätigkeit ausübt, die sie auf Grund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entspricht.

Bei den in Absatz 6c genannten Personengruppen liegt Berufsunfähigkeit auch dann nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausüben könnte, die ihrer bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entspricht (sog. „abstrakte Verweisung“). Bei allen anderen Personengruppen verzichten wir auf die Anwendung der abstrakten Verweisung.

Die zumutbare Minderung des Bruttoeinkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß höchstrichterlicher Rechtsprechung; eine Minderung des Bruttoeinkommens um mehr als 20% sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

2. Wir leisten, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit mindestens 50% beträgt. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistung.

3. Ist die versicherte Person seit 6 Monaten ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben, und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden und Studierenden

4. (a) Bei hauptberuflich tätigen Auszubildenden, die die Zwischenprüfung erfolgreich abgeschlossen oder mindestens die Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit absolviert haben, wird während der Ausbildung für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt.

   (b) Bei hauptberuflich tätigen ordentlich Studierenden, die das Grundstudium durch Leistungsnachweis erfolgreich abgeschlossen oder mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach Studienordnung absolviert und die Regelstudienzeit um nicht mehr als 4 Semester überschritten haben, wird während des Studiums für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil des Berufs zugrunde gelegt, für das der Studienabschluss im belegten Studienfach typischerweise Voraussetzung ist. Können mit dem Studienabschluss verschiedene Berufe ausgeübt werden, erfolgt die Feststellung der Berufsunfähigkeit auf der Grundlage beruflicher Anforderungen mit hohen geistig-mentalen Ansprüchen und mit überwiegend an einem festen Arbeitsplatz auszuübenden geringen bis leichten körperlichen Tätigkeiten.

   (c) Für alle übrigen hauptberuflich tätigen Auszubildenden bzw. ordentlich Studierenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf die Ausbildungstätigkeit bzw. Studierendentätigkeit zu Grunde gelegt und es gelten nur die Absätze 1-3.

Teilzeittätigkeit

5. Übt die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts des Leistungsfalls ihre berufliche Tätigkeit zeitlich eingeschränkt aus – Tätigkeit in Teilzeit – erfolgt eine Günstigerprüfung wie folgt:

   (a) Es wird zunächst geprüft, ob die versicherte Person im Sinne des Absatz 1 bezogen auf ihre Tätigkeit in Teilzeit berufsunfähig ist. Ist dies der Fall, erhält die versicherte Person die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

   (b) Andernfalls wird zugunsten der versicherten Person zusätzlich geprüft, ob sie diese Tätigkeit in Teilzeit noch 3 Stunden oder mehr pro Arbeitstag ausüben könnte. Ist dies nicht der Fall, so erhält die versicherte Person ebenso die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

Kurzarbeit stellt keine Teilzeitarbeit dar und wird dieser bei der Beurteilung auch nicht gleichgestellt.

Berufsunfähigkeit nach (zeitweisem) Ausscheiden aus dem Berufsleben

6. (a) **Vorübergehendes Ausscheiden, nicht länger als 5 Jahre**

   Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend (nicht länger als 5 Jahre, z.B. aufgrund von freiwilligem Wehrdienst oder Bundesfreiwilligendienst) nicht aus, so gilt die zum Zeitpunkt des Ausscheidens ausgeübte Tätigkeit gemäß Absatz 1 als versichert.

   (b) **Elternzeit**

   Befindet sich die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in einer arbeitsvertraglich geregelten Elternzeit und das ursprüngliche Arbeitsverhältnis ruht lediglich, so gilt die vor der Elternzeit zuletzt ausgeübte Tätigkeit gemäß Absatz 1 als versichert.

   (c) **Ausscheiden länger als 5 Jahre**

   Ist die versicherte Person - ohne Hausfrau oder Hausmann zu sein - bereits länger als 5 Jahre aus dem Berufsleben ausgeschieden oder war eine Wiederaufnahme der Tätigkeit von vornherein nicht vorgesehen, so ist für das Vorliegen von Berufsunfähigkeit maßgebend, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

   Für länger als 5 Jahre andauernde Lebensabschnitte der versicherten Person als Hausfrau oder Hausmann ist für das Vorliegen von Berufsunfähigkeit maßgebend, dass die versicherte Person außerstande ist

   - die konkrete Tätigkeit als Hausfrau oder Hausmann oder

- eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entspricht.

Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbot

7. Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn und solange eine auf deutschen gesetzlichen Vorschriften beruhende vollziehbare Verfügung einer deutschen Behörde (Verwaltungsakt) es der versicherten Person verbietet, ihren Beruf auszuüben, weil aufgrund einer Infektion der versicherten Person mit Krankheitserregern die Gefahr einer Infektion von Dritten durch die versicherte Person bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit besteht (vollständiges Tätigkeitsverbot), und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten erstreckt. Dies gilt nicht, wenn die dem Verbot zugrunde liegende Infektion der versicherten Person unmittelbar oder mittelbar auf eine Drogensucht der versicherten Person oder auf Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch durch die versicherte Person beruht. Maßgebend für den Beginn einer Berufsunfähigkeit nach diesem Absatz ist abweichend von Absatz 1 und 3 das Datum, an dem uns die Verfügung und ihre Begründung für das vollständige Tätigkeitsverbot im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorgelegt werden. Übt die versicherte Person während des behördlichen Tätigkeitsverbotes eine andere Tätigkeit aus, die ihrer bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entspricht, so liegt keine Berufsunfähigkeit vor (vgl. Absatz 1).

Bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

8. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos sein wird, dass sie die in Absatz 10 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und die Pflegebedürftigkeit mit mindestens zwei Punkten gemäß Absatz 10 bewertet wird.

   Als pflegebedürftig gilt die versicherte Person auch, wenn sie wegen ihrer seelischen oder geistigen Behinderung der ständigen Aufsicht und damit ständiger Bereitschaft von Pflegepersonal bedarf.

   Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich oder von anderen von uns anerkannten Fachleuten nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen.

9. Ist die versicherte Person voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen, so gilt dieser Zustand als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, auch wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% liegt.

   Übt die versicherte Person jedoch tatsächlich eine andere Tätigkeit aus, die ihrer bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entspricht, oder nimmt sie eine solche auf, liegt Pflegebedürftigkeit nicht oder nicht mehr vor.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit

10. Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

- Die versicherte Person benötigt Hilfe beim Fortbewegen im Zimmer

  1 Punkt

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

- Aufstehen und Zubettgehen

  1 Punkt

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden

  1 Punkt

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

- Einnehmen vom Mahlzeiten und Getränken

  1 Punkt

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren

  1 Punkt

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

- Verrichten der Notdurft

  1 Punkt

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

  – sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
  – ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
  – der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

11. Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung der Pflegebedürftigkeit. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

Abgrenzung zum Berufsunfähigkeits- und Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialversicherung

12. Der Begriff der Berufsunfähigkeit und der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen sind eigenständige privatversicherungsrechtliche Begriffe. Sie stimmen nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit bzw. dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Auch ein Bescheid über eine Schwerbehinderung löst keinen Leistungsanspruch im Sinne dieser Bedingungen aus.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit oder die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit beruht.

2. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit verursacht ist:

   (a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;

   (b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

   (c) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
   - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
   - absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
   - absichtliche Selbstverletzung oder
   - 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 vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person 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 Behörde tätig wurde;

   (f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

   (g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 4 Was müssen Sie uns während der Laufzeit im Hinblick auf das Rauchverhalten der versicherten Person anzeigen?

Wurde bei Vertragsabschluss oder -änderung das Rauchverhalten der versicherten Person abgefragt, gelten die folgenden Bestimmungen.

1. Da das Rauchverhalten eine der Grundlagen für die Höhe des Beitrags und der Überschussbeteiligung in der Anwartschaft (§ 2 ALV) darstellt, ist die versicherte Person verpflichtet, uns eine Änderung ihres Rauchverhaltens während der Laufzeit des Tarifs unverzüglich – spätestens nach 14 Tagen – anzuzeigen. Wenn die versicherte Person nach Versicherungsbeginn ihr Rauchverhalten ändert, so passen wir den Beitrag ab dem nächsten Beitragszahlungstermin und die Überschüsse bei Tarifen in der Anwartschaft ab dem nächsten Zuteilungstermin entsprechend an.

   Rauchen im Sinne dieser Bedingungen bedeutet, dass die versicherte Person innerhalb des letzten Jahres Zigaretten, Zigarren oder sonstigen Tabak geraucht oder Nikotin durch E-Zigaretten konsumiert hat. Passivrauchen ist kein Rauchen im Sinne dieser Bedingungen.

2. Beginnt die versicherte Person nach Vertragsschluss zu rauchen im Sinne dieser Bedingungen, stellt dies eine Gefahrerhöhung im Sinne § 23 Absatz 1 VVG dar, die uns unverzüglich anzuzeigen ist.

   Stellt die versicherte Person das Rauchen im Sinne dieser Bedingungen nach Vertragsschluss ein, ist uns dies als Gefahrminderung ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.

   Wenn die versicherte Person im Jahr vor Versicherungsbeginn oder aber während der Versicherungsdauer geraucht hat und uns dies nicht angezeigt hat, so passen wir den Beitrag oder die Leistung und die Überschüsse bei Tarifen in der Anwartschaft nachträglich für die Zeit, in der die versicherte Person geraucht hat, entsprechend an.

§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Sie Leistungen verlangen?

1. Werden Leistungen aus der Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich auf Kosten der Anspruch erhebenden Person folgende Unterlagen in deutscher Sprache einzureichen:

   (a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

   (b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit über den Umfang der Pflegebedürftigkeit;

   (c) Unterlagen über den zuletzt ausgeübten Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen; bei Studierenden eine Immatrikulationsbescheinigung über ein ordentliches Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität oder Fachhochschule), sowie geeignete Leistungsnachweise über den Fortschritt des Studiums; bei Auszubildenden das Zwischenzeugnis oder geeignete Nachweise über den Fortschritt der Ausbildung;

   (d) eine Darstellung der durch Ausbildung und Fähigkeiten bisher erlangten beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der versicherten Person sowie zum Nachweis geeignete Zeugnisse;

   (e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

   (f) eine Aufstellung
   - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung oder Pflege war, ist oder - sofern bekannt - sein wird;
   - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte;
   - über den derzeitigen und frühere Arbeitgeber der versicherten Person und die Ermächtigung, dort und bei den Behörden Auskünfte einzuholen;

   (g) bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) zusätzlich der Bescheid über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen.

2. Zur Beurteilung der bisherigen Lebensstellung können wir außerdem Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen verlangen (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen).

3. Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte anfordern. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die Reise und Aufenthaltskosten. Hält sich die versicherte Person nicht in der Bundesrepublik Deutschland auf, so müssen Sie die Reise- und Aufenthaltskosten vorher mit uns abstimmen; wir übernehmen diese, wenn sie üblich und angemessen sind.

4. Gleichzeitig können wir weitere notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

   Die versicherte Person ist verpflichtet
   - Ärzte, Krankenhäuser und Krankenanstalten sowie
   - Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
   - andere Personenversicherer, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden

   zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

5. Wurde bei Vertragsabschluss oder -änderung das Rauchverhalten der versicherten Person abgefragt sind wir darüber hinaus auch berechtigt, das Rauchverhalten der versicherten Person zu überprüfen (vgl. § 4).

6. Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende und behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen empfiehlt, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungspflicht nicht entgegen. Die versicherte Person ist aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadensminderungspflicht jedoch verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos sind und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur vom Arzt vorgegebenen Leistungsgrenze) bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z.B. Tragen von Prothesen oder Stützstrümpfen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen, physiotherapeutischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen, das Einhalten von medizinisch begründeten Diät-, Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen oder die Einnahme verordneter Medikamente.

7. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen und eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde einzureichen. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 6 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, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen. Liegen alle Unterlagen zur Leistungsentscheidung vor, erhalten Sie innerhalb von 4 Wochen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht. Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 6 Wochen, über den Bearbeitungsstand.

2. Eine Anerkennung erklären wir ohne zeitliche Befristung.

3. Beabsichtigen wir nach Prüfung der Unterlagen den Leistungsantrag abzulehnen, informieren wir zuvor die Anspruch erhebende Person unter Darlegung unserer Gründe von unserer Absicht. Dadurch geben wir ihr Gelegenheit einen Versicherungsberater, der im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert ist zur Stellungnahme zu unserer vorläufigen Auffassung einzuschalten.

   Aus Gründen des Datenschutzes muss die versicherte Person den Versicherungsberater zuvor schriftlich hierzu bevollmächtigen. Im Rahmen der erteilten Vollmacht dürfen dann für die Leistungsprüfung relevante Daten und Unterlagen (z. B. der formelle Leistungsantrag, Arztberichte, Gutachten) an den Versicherungsberater weitergeleitet werden.

   Der Versicherungsberater kann innerhalb von einem Monat nach der Information über unsere bevorstehende Entscheidung eine Stellungnahme abgeben. Vor einer endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht werden wir eine Stellungnahme des Versicherungsberaters in unsere Entscheidungsgrundlage einbeziehen.

   Wir übernehmen 75% der nachgewiesenen Kosten des Versicherungsberaters, höchstens jedoch 375 Euro.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bei Tarifen ohne Kapitalleistung?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung können wir unsere Leistungspflicht nachprüfen. Bei der Überprüfung eines anerkannten Leistungsanspruchs können wir auch neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten (z.B. nach Umschulung) berücksichtigen.

2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte – insbesondere aktuelle Nachweise über die Einkommensverhältnisse der versicherten Person in dem Zeitraum seit Eintritt der Berufsunfähigkeit- und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte – verlangen. Die Bestimmungen des § 5 Absatz 3 und 4 gelten entsprechend.

   Im Falle einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Absatz 7 können wir auf unsere Kosten einmal im Jahr verlangen, dass die versicherte Person uns ermächtigt, eine schriftliche Bestätigung, dass das Tätigkeitsverbot noch besteht, bei der Behörde, die das Tätigkeitsverbot ausgesprochen hat, im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie anzufordern. Alternativ kann die versicherte Person uns eine solche Bestätigung im Original oder in beglaubigter Kopie vorlegen. Die Bestätigung darf zum Zeitpunkt der Vorlage bei uns nicht älter als 3 Monate sein.

3. Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

4. Liegt bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit nicht vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen der anspruchsberechtigten Person in Textform mit. Die Einstellung wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

   Auch in diesem Fall können Sie die Stellungnahme eines Versicherungsberaters, der im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert ist, einholen; § 6 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 8 Was geschieht bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalles?

1. Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder der Anspruch erhebenden Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Mitwirkungspflicht nicht vorsätzlich verletzt wurde.

2. Solange eine Mitwirkungspflicht von Ihnen, der versicherten Person oder der Anspruch erhebenden Person grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir berechtigt unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

3. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

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

5. Die Leistungsfreiheit tritt nur dann ein, wenn wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zusätzlich zu § 9 ALV zu beachten?

1. Wir sind gemäß § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, den Beitrag nach den technischen Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen, wenn sich dauerhaft und unvorhersehbar der Leistungsbedarf gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen des Beitrages geändert hat und deshalb eine dauerhafte Erfüllung der Versicherungsleistung gefährdet ist.

   Wir sind zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn:

   (a) sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,

   (b) die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und

   (c) ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Buchstaben 1a und 1b überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Prämie die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer prämienfreien Versicherung sind wir zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt. Die Erhöhung kann frühestens vom zweiten Versicherungsjahr an erfolgen.

Die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

Möchten Sie die erhöhten Beiträge für diesen Vertragsteil nicht entrichten oder den Vertrag nicht in verminderter Form weiterführen, so können Sie diesen Vertragsteil innerhalb eines Monats ab Erhalt unserer Mitteilung, frühestens jedoch zum Änderungstermin, kündigen. Bei einer Prämienerhöhung können Sie innerhalb eines Monats ab Erhalt unserer Mitteilung, frühestens jedoch zum Änderungstermin verlangen, dass der Vertrag unter Weiterzahlung des alten Beitrags mit herabgesetzter Leistung fortgeführt wird.

2. Bei Tarifen gegen Einmalbeitrag wird die Leistung entsprechend dem Verhältnis des alten zum neuen Beitrag vermindert. Auf Wunsch kann die Leistung durch eine Einmalzahlung in Höhe der Differenz zwischen neuem und altem Beitrag in voller Höhe beibehalten werden. Absatz 1 gilt sinngemäß.

3. Haben Sie den „Verzicht auf Beitragsanpassung gemäß § 163 VVG“ (siehe Versicherungsschein) vereinbart, so verzichten wir auf die Möglichkeit der Beitragsanpassung gemäß § 163 VVG. Absatz 1 und 2 finden keine Anwendung.

4. Wir passen den Beitrag ab dem nächsten Beitragszahlungstermin und die Überschüsse bei Tarifen in der Anwartschaft ab dem nächsten Zuteilungstermin entsprechend an, wenn die versicherte Person nach Versicherungsbeginn ihr Rauchverhalten ändert und uns dies unverzüglich mitgeteilt hat.

   Hat die versicherte Person uns nicht unverzüglich mitgeteilt, dass sie zu rauchen begonnen hat, so passen wir den Beitrag oder die Leistung und die Überschüsse bei Tarifen in der Anwartschaft nachträglich für die Zeit, in der die versicherte Person geraucht hat, entsprechend an. Sie können innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein beantragen, dass anstelle des erhöhten Beitrags die Leistung entsprechend der für den Rauchertarif bei Vertragsabschluss geltenden Kalkulationsgrundlagen und den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik reduziert wird. Diesen Antrag werden wir in jedem Fall annehmen und dies durch einen Nachtrag zum Versicherungsschein bestätigen.

Tarifbedingungen für den Tarif BR01

Inhalt **Seite**

Leistung
§ 1 Welche Leistung erbringen wir? 1
§ 2 Welche Bestimmungen gelten für die Gewinnzuteilung und Verwendung? 2

Beitrag
§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zusätzlich zu § 9 ALV und § 9 BBV zu beachten? 3
§ 4 Was können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten tun? 3

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

die nachfolgenden Bedingungen gelten in Ergänzung zu den Allgemeinen Bedingungen für die Firmenkundenlebensversicherung (im folgenden ALV genannt) und zu den Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitstarife (im folgenden BBV genannt), sowie ggf. weiterer Besonderer Bedingungen, sofern unser Vertragsverhältnis Leistungen nach Tarif BR01 vorsieht.

Die Allgemeinen Bedingungen gelten nur, soweit in den Besonderen Bedingungen nichts Abweichendes geregelt ist. Die Besonderen Bedingungen gelten nur, soweit in den jeweiligen Tarifbedingungen nichts Abweichendes geregelt ist.
Verweise auf Gesetze basieren auf der derzeit gültigen Fassung.

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?

1. Wird die versicherte Person innerhalb der vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig gemäß § 2 BBV (nachstehend als bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bezeichnet), so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

   (a) Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente gemäß Absatz 3;

   (b) Befreiung von der laufenden Beitragszahlungspflicht für diesen Tarif.

   Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit als dem in § 2 BBV definierten Grad von 50% besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

   Entstehen des Leistungsanspruchs

2. Der Leistungsanspruch auf Befreiung von der laufenden Beitragszahlungspflicht und sofern keine Karenzzeit vereinbart wurde, auf Rentenzahlung, entsteht unabhängig vom Zeitpunkt der Meldung am Ersten des Monats, der dem Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit folgt.

   Die Karenzzeit ist der Zeitraum zwischen dem Eintritt der Berufsunfähigkeit und dem Zeitpunkt, ab dem deswegen ein Anspruch auf die Zahlung von Berufsunfähigkeitsrenten entstehen kann.

   Haben Sie eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Rentenzahlung hingegen erst am Ersten des Monats, der dem Ablauf der vereinbarten Karenzzeit folgt. Voraussetzung ist in diesem Fall, dass die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat. Wenn die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Karenzzeit endet und innerhalb von 3 Jahren danach erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

   Rentenzahlung

3. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode.

   Erlöschen des Leistungsanspruchs

4. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt

   (a) um 12 Uhr am Tag des Ablaufs der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer;

   (b) wenn die versicherte Person stirbt;

   (c) wenn sich die Gesundheitsverhältnisse der versicherten Person soweit verbessern, dass gemäß § 2 BBV keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt oder der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% gesunken ist. Bestand vor der Berufsunfähigkeit Beitragszahlungspflicht für diesen Tarif, lebt diese wieder auf.

   Liegt zum Zeitpunkt der Anerkennung oder Feststellung der Leistungspflicht bereits keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit mehr vor, besteht ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nur für den Zeitraum oder für die Zeiträume, in denen in der Vergangenheit eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bestanden hat. Endet die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits vor Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, werden keine Rentenleistungen fällig.

   Wiedereingliederungshilfe

5. War die versicherte Person mindestens 3 Jahre lang ununterbrochen bedingungsgemäß berufsunfähig und erlischt der Anspruch auf Leistungen gemäß Absatz 4c, zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe in Form von Rentenzahlungen nach der vereinbarten Rentenzahlungsweise, in der Summe begrenzt auf eine halbe Jahresrente, insgesamt aber höchstens 10.000 Euro. Dies gilt nur, wenn die restliche Versicherungsdauer dieses Tarifs zum Zeitpunkt des Fortfalls der Berufsunfähigkeit noch mindestens 5 Jahre beträgt. Für die Höhe ist die nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit von uns erstmalig gezahlte monatliche Rente maßgeblich.

Wird die versicherte Person jedoch innerhalb eines Jahres nach dem Ende der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit erneut aufgrund derselben medizinischen Ursache bedingungsgemäß berufsunfähig, so entfällt der Anspruch auf die Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe verrechnen wir mit den dann fälligen Renten. Die Wiedereingliederungshilfe zahlen wir für den gesamten Versicherungsvertrag nur einmal. Sind weitere Risiken versichert oder dient dieser Versicherungsvertrag als Rückdeckungsversicherung zur betrieblichen Altersversorgung, so zahlen wir keine Wiedereingliederungshilfe.

§ 2 Welche Bestimmungen gelten für die Gewinnzuteilung und Verwendung?

Allgemeines

1. Dieser Tarif gehört zu Gewinnverband D28 des Abrechnungsverbandes B19. Jede einzelne Versicherung innerhalb eines Gewinnverbandes erhält Anteile an den Überschüssen des Abrechnungsverbandes, dem der Gewinnverband zugeordnet ist. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Zuteilung und Verwendung des jährlichen Überschussanteils

Zuteilung der Überschussanteile

2. Der jährliche Überschussanteil wird ohne Berücksichtigung einer Wartezeit jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres zugeteilt. Er gilt für anwartschaftliche Tarife anteilig zu den im Versicherungsjahr gezahlten laufenden Beiträgen als verdient. Bei anwartschaftlichen beitragsfreien Tarifen oder bei Tarifen im Rentenbezug gilt der jährliche Überschussanteil zum Zeitpunkt der Zuteilung als verdient.

Verwendung der Überschussanteile während der Anwartschaft

Die Verwendung der zugeteilten Überschussanteile erfolgt während der Anwartschaft entsprechend der Festlegung im Versicherungsschein nach einer der folgenden Überschussverwendungsarten:

(a) Verzinsliche Ansammlung

Haben Sie sich für die Überschussverwendungsart verzinsliche Ansammlung entschieden, so sammeln wir die laufenden Überschussanteile in der Anwartschaft an. Ab dem Zeitpunkt der Gutschrift verzinsen wir sie für jedes volle Versicherungsjahr mit dem jeweils geltenden Ansammlungszinssatz. Ist bei Beginn der Berufsunfähigkeitsrente ein Überschussguthaben vorhanden, wird dieses weiterhin verzinslich angesammelt. Sofern Sie keine weiteren Risiken versichert haben, kann auf Ihren Wunsch hin ein vorhandenes Überschussguthaben stattdessen als Einmalbeitrag zur Erhöhung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente verwendet werden. Ein bei Vertragsbeendigung bestehendes Überschussguthaben wird ausgezahlt.

(b) Bonus

Haben Sie sich für die Überschussverwendungsart Bonus entschieden, so wird der jährliche Überschussanteil als Einmalbeitrag zur Erhöhung der garantierten Rentenzahlung verwendet. Diese beitragsfreien Erhöhungen sind ihrerseits nach einem Versicherungsjahr am Überschuss beteiligt. Für sie gelten die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen.

(c) BonusPlus (Überschussrente)

Haben Sie sich für die Überschussverwendungsart BonusPlus entschieden, so erhöht sich die versicherte Rente dauerhaft um eine Überschussrente. Dieses Überschusssystem kann nur vereinbart werden, wenn maximal Tarif PR01 mitversichert ist und der Tarif BR01 nicht gegen Einmalbeitrag abgeschlossen wurde. Bei Beginn der Rentenzahlung erhöht sich die mit Tarif BR01 versicherte Rente dauerhaft um eine Überschussrente. Die Überschussrente wird für Tarife in der Anwartschaft jährlich neu festgelegt. Überschussrenten im Leistungsbezug sind von einer Änderung des Überschussanteilsatzes nicht betroffen.

Erhöhungsrente infolge von Pflegebedürftigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit

3. Ist die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit auch pflegebedürftig im Sinne von § 2 Absatz 7 bis 10 BBV und ist Tarif PR01 nicht Bestandteil des Versicherungsvertrages, so erhält Ihre Versicherung einmalig weitere Überschussanteile, die wir zur Erhöhung der zum Beginn der Rentenzahlung ermittelten Gesamtrente (garantierte Rente zuzüglich Bonus- oder Zusatzrenten aus der Überschussbeteiligung) um eine Erhöhungsrente infolge von Pflegebedürftigkeit verwenden, wenn

   - die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit das 50. Lebensjahr vollendet hat,
   - die Berufsunfähigkeit frühestens nach 3 Jahren ab dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, und
   - zuvor noch niemals Leistungen aus dem Versicherungsvertrag fällig geworden sind.

   Die Erhöhungsrente wird für anwartschaftliche Tarife jährlich neu festgelegt, ihre Höhe ist nicht garantiert und sie kann auch ganz entfallen. Erhöhungsrenten im Leistungsbezug sind von einer Änderung des Überschussanteilsatzes nicht betroffen. Die Erhöhungsrente infolge Pflegebedürftigkeit ist zusammen mit der versicherten Rente fällig und wiederum überschussberechtigt.

Verwendung der Überschussanteile während der Rentenzahlung

4. Während der Rentenzahlung können die laufenden Überschussanteile

   - zur Erhöhung der gesamten Rente aus diesem Tarif verwendet oder
   - mit dem jährlich deklarierten Ansammlungszins verzinslich angesammelt oder
   - wenn weitere Risiken versichert sind, zur gleichmäßigen Erhöhung aller garantierten Leistungen im ursprünglich vereinbarten Verhältnis oder
   - zur Auszahlung mit der Rente herangezogen

werden.

Bei Auszahlung der Überschussanteile fällt die Gesamtrentenrate.

Rechnungsgrundlagen bei Rentenerhöhung

5. Werden die Überschüsse zur Erhöhung der garantierten Renten verwendet, kann die Berechnung der zusätzlichen garantierten Rente auf den zum Zeitpunkt der Rentenerhöhung für das Neugeschäft maßgeblichen Rechnungsgrundlagen und der relevanten personenbezogenen Daten (z.B. Alter) basieren, anstatt auf den bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.

Bemessung des laufenden jährlichen Überschussanteils

6. Der jährliche Überschussanteil wird für einen anwartschaftlichen Tarif bei den Überschusssystemen gemäß Absatz 2a bis Absatz 2c in Prozent der im Verhältnis Beitragszahlungsdauer zu Versicherungsdauer gekürzten Summe aller Beiträge eines Versicherungsjahres, bei Tarifen gegen Einmalbeitrag in Prozent des Einmalbeitrags dividiert durch die Versicherungsdauer bemessen. Bei beitragsfrei gestellten Tarifen bemisst sich der jährliche Überschussanteil in Prozent des Deckungskapitals zum Zuteilungszeitpunkt dividiert durch die Restlaufzeit. Zusätzlich erhält der Tarif einen Risikoüberschussanteil in Prozent des jährlichen Risikobeitrags. Der Risikobeitrag ist der Beitrag ohne Berücksichtigung von Kosten der für den Eintritt des Versicherungsfalls im laufenden Versicherungsjahr benötigt wird, um das im Leistungsfall aufzuwendende Kapital zu finanzieren. In die Berechnung dieses jährlich für das laufende Versicherungsjahr ermittelten Risikobeitrags fließt das erreichte Alter der versicherten Person, die der Beitragskalkulation zugrunde liegenden biometrische Rechnungsgrundlagen und der Rechnungszins ein. Der Risikobeitrag ist nicht konstant. Die Überschussrente bei Überschusssystem gemäß Absatz 2c wird in Prozent der versicherten Rente bemessen. Die Erhöhungsrente infolge von Pflegebedürftigkeit wird in Prozent der zum Beginn der Rentenzahlung ermittelten Gesamtrente bemessen.

   Der jährliche Überschussanteil während der Rentenlaufzeit besteht aus einem Zinsüberschussanteil, der in Prozent des Deckungskapitals (vgl. ALV) zu Beginn des Versicherungsvorjahres bemessen wird.

Bewertungsreserve gemäß § 2 Absatz 2c ALV

Verfahren der Zuordnung

7. Ihr Anteil an der zu Beginn des Monats der Zuteilung zu verteilenden Bewertungsreserve wird je nach Art der gewählten Überschussverwendung, Beitragszahlungsart und unter Berücksichtigung der jeweiligen Bestandsdauer des abgeschlossenen Tarifs zugeteilt. Bei Wahl der Überschussverwendungsart BonusPlus erhält dieser Tarif keinen Anteil an den Bewertungsreserven.

   Bei Verträgen gegen laufende Beitragszahlung wird Ihr Anteil an den Bewertungsreserven bei gewählter Überschussverwendungsart verzinsliche Ansammlung nach den bereits vorhandenen angesammelten Überschussanteilen bzw. bei gewählter Überschussverwendungsart Bonus nach dem Deckungskapital aus den Bonuserhöhungen bestimmt. Hierbei wird stets die jeweilige Bestandsdauer des abgeschlossenen Tarifs berücksichtigt.

   Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag wird Ihr Anteil an den Bewertungsreserven nach der Höhe des Deckungskapitals sowie bei gewählter Überschussverwendungsart verzinsliche Ansammlung zusätzlich nach den bereits vorhandenen angesammelten Überschussanteilen bzw. bei gewählter Überschussverwendungsart Bonus zusätzlich nach dem Deckungskapital aus den Bonuserhöhungen bestimmt. Hierbei wird stets die jeweilige Bestandsdauer des abgeschlossenen Tarifs berücksichtigt.

Zeitpunkt der Zuteilung und Verwendung

8. Die so ermittelte Bewertungsreserve wird gemäß § 153 Absatz 3 VVG bei Beendigung der Anwartschaft zugeteilt.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zusätzlich zu § 9 ALV und § 9 BBV zu beachten?

1. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht obliegt es Ihnen, die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht mit dem Rechnungszins (1%) verzinst zurückzahlen.

2. Wenn Sie uns die Unterlagen gemäß § 5 BBV eingereicht haben, sind wir auf Ihren Antrag hin bereit, die künftig fälligen Beiträge bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden.

   Haben Sie die Stundung der Beiträge mit uns vereinbart und wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder das Nichtbestehen einer Leistungspflicht rechtskräftig festgestellt, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag nachzuzahlen. Sie können aber verlangen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung, sofern dies nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik möglich ist, getilgt werden. Ist die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich, können die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachgezahlt werden. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall nicht.

§ 4 Was können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten tun?

Bei laufender Beitragszahlung können Sie, sofern kein weiteres Risiko versichert ist, entweder

1. die versicherte Rente bis auf den Mindestbetrag von 240 Euro jährlicher Gesamtrente absenken
   (a) einmal während der gesamten Versicherungsdauer für bis zu 6 Monate ohne Angabe von Gründen, frühestens jedoch nach Ablauf von 2 Versicherungsjahren;
   (b) für bis zu 12 Monate nachdem Sie die Beiträge in den drei vorigen Jahren vollständig bezahlt haben, wenn und solange Sie arbeitslos sind und uns dies durch eine Bescheinigung der zuständigen Agentur für Arbeit nachweisen;
   (c) für bis zu 36 Monate für jedes Kind, wenn Sie in gesetzliche Elternzeit gehen und uns dies nachweisen.

Die Beiträge sinken dann für den genannten Zeitraum entsprechend. Anschließend ist wieder die Rente in der ursprünglichen Höhe versichert. Bei einer auf höchstens zwölf Monate beschränkten Absenkung erfolgt die Anhebung auf die ursprüngliche Rentenhöhe ohne erneute Gesundheitsprüfung, ansonsten wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt. Bitte beachten Sie, dass die Beiträge für die gleiche Rente nach der Wiederanhebung höher sein können als vor der Absenkung;

oder

2. wir werden auf Ihren Wunsch einen teilweisen oder vollständigen Zahlungsaufschub für die Beiträge Ihrer Versicherung mit Ihnen vereinbaren, wenn Sie die Beiträge mindestens 5 Jahre lang vollständig gezahlt haben und die restliche Beitragszahlungsdauer nach Ablauf des Zahlungsaufschubes noch mindestens ein weiteres Jahr beträgt. Der Zahlungsaufschub ist für höchstens 6 Monate möglich und kann insgesamt nur einmal in Anspruch genommen werden. Der Zahlungsaufschub ist zinslos. Ihr Versicherungsschutz bleibt vollständig erhalten.

   Endet der Zahlungsaufschub, können Sie die ausstehenden Beiträge in einem Betrag oder in monatlicher, vierteljährlicher oder halbjährlicher Ratenzahlung über einen Zeitraum von höchstens 24 Monaten nach dem Ende des Zahlungsaufschubes nachzahlen;

   oder

3. Ihre Versicherung beitragsfrei stellen gemäß § 12 ALV. Sie können innerhalb der nächsten 5 Jahre zum Beginn einer Versicherungsperiode mit schriftlichem Antrag die Beitragszahlung bis zur ursprünglichen Höhe wieder aufnehmen, sofern die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. Die versicherten Leistungen berechnen wir dann nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Innerhalb der ersten 6 Monate bzw. bei nachgewiesener Elternzeit innerhalb von 36 Monaten nach einer Beitragsfreistellung ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung möglich. Danach ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich, deren Ergebnis die Wiederaufnahme der Beitragszahlung auch ausschließen kann;

   oder

4. einmalig innerhalb der Vertragslaufzeit verlangen, unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für einen Zeitraum von sechs Monaten von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie während des Befreiungszeitraums keine Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall erhalten, was uns entsprechend nachzuweisen ist. Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht müssen Sie in Textform mit Frist von einem Monat zum Beginn einer Versicherungsperiode beantragen. Nach Ablauf der sechs Monate lebt die Beitragszahlungspflicht automatisch wieder auf.

Tarifbedingungen für den Tarif B001

Inhalt **Seite**

Leistung
§ 1 Welche Leistung erbringen wir? 1
§ 2 Welche Bestimmungen gelten für die Gewinnzuteilung und Verwendung? 1

Beitrag
§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zusätzlich zu § 9 ALV und § 9 BBV zu beachten? 2

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

die nachfolgenden Bedingungen gelten in Ergänzung zu den Allgemeinen Bedingungen für die Firmenkundenlebensversicherung (im folgenden ALV genannt) und zu den Besonderen Bedingungen für alle Berufsunfähigkeitstarife (im folgenden BBV genannt), sowie ggf. weiterer Besonderer Bedingungen, sofern unser Vertragsverhältnis Leistungen nach Tarif B001 vorsieht.

Die Allgemeinen Bedingungen gelten nur, soweit in den Besonderen Bedingungen nichts Abweichendes geregelt ist. Die Besonderen Bedingungen gelten nur, soweit in den jeweiligen Tarifbedingungen nichts Abweichendes geregelt ist.
Verweise auf Gesetze basieren auf der derzeit gültigen Fassung.

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?

1. Wird die versicherte Person innerhalb der vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig gemäß § 2 BBV (nachstehend als bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bezeichnet), so entfällt die Beitragszahlungspflicht für den gesamten Versicherungsvertrag.

   Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit als dem in § 2 BBV definierten Grad von 50% besteht kein Anspruch auf Beitragsbefreiung.

   Entstehen des Leistungsanspruchs

2. Der Leistungsanspruch entsteht unabhängig vom Zeitpunkt der Meldung am Ersten des Monats, der dem Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit folgt.

   Erlöschen des Leistungsanspruchs

3. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt

   (a) um 12 Uhr am Tag des Ablaufs der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer;

   (b) wenn die versicherte Person stirbt;

   (c) wenn sich die Gesundheitsverhältnisse der versicherten Person soweit verbessern, dass gemäß § 2 BBV keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt oder der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% gesunken ist. Die vor der Berufsunfähigkeit bestandene Beitragszahlungspflicht für die abgeschlossenen Tarife, lebt wieder auf.

   Liegt zum Zeitpunkt der Anerkennung oder Feststellung der Leistungspflicht bereits keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit mehr vor, besteht ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nur für den Zeitraum oder für die Zeiträume, in denen in der Vergangenheit eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bestanden hat.

§ 2 Welche Bestimmungen gelten für die Gewinnzuteilung und Verwendung?

Allgemeines

1. Dieser Tarif gehört zu Gewinnverband D28 des Abrechnungsverbandes B19. Jede einzelne Versicherung innerhalb eines Gewinnverbandes erhält Anteile an den Überschüssen des Abrechnungsverbandes, dem der Gewinnverband zugeordnet ist. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

   Zuteilung und Verwendung des jährlichen Überschussanteils

   Zuteilung der Überschussanteile

2. Der jährliche Überschussanteil wird ohne Berücksichtigung einer Wartezeit jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres zugeteilt. Er gilt für anwartschaftliche Tarife anteilig zu den im Versicherungsjahr gezahlten laufenden Beiträgen als verdient. Bei anwartschaftlichen beitragsfreien Tarifen oder bei Tarifen im Rentenbezug gilt der jährliche Überschussanteil zum Zeitpunkt der Zuteilung als verdient.

   Verwendung der Überschussanteile
   Die Verwendung der zugeteilten Überschussanteile erfolgt während der Anwartschaft entsprechend der Festlegung im Versicherungsschein nach einer der folgenden Überschussverwendungsarten:

   (a) Verzinsliche Ansammlung
   Haben Sie sich für die Überschussverwendungsart verzinsliche Ansammlung entschieden, so sammeln wir die laufenden Überschussanteile in der Anwartschaft an. Ab dem Zeitpunkt der Gutschrift verzinsen wir sie für jedes volle Versicherungsjahr mit dem jeweils geltenden Ansammlungszinssatz. Ist bei Beginn der Berufsunfähigkeitsrente ein Überschussguthaben vorhanden, wird dieses weiterhin verzinslich angesammelt. Sofern Sie keine weiteren Risiken versichert haben, kann auf Ihren Wunsch

hin ein vorhandenes Überschussguthaben stattdessen als Einmalbeitrag zur Erhöhung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente verwendet werden. Ein bei Vertragsbeendigung bestehendes Überschussguthaben wird ausgezahlt.

(b) Auszahlung zum Jahresende

(c) Bonus (nur wenn zusätzliche Leistungen versichert) Haben Sie sich für die Überschussverwendungsart Bonus entschieden, so wird der jährliche Überschussanteil als Einmalbeitrag zur Erhöhung der beitragsfreien Versicherungsleistungen des restlichen Versicherungsvertrages verwendet. Diese beitragsfreien Erhöhungen sind ihrerseits nach einem Versicherungsjahr am Überschuss beteiligt, für sie gelten die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die Tarifbedingungen.

Bemessung des laufenden jährlichen Überschussanteils

3. Der jährliche Beitragsüberschussanteil wird für einen anwartschaftlichen Tarif in Prozent der Summe aller Beiträge eines Versicherungsjahres bemessen. Zusätzlich erhält der Tarif einen Risikoüberschussanteil in Prozent des jährlichen Risikobeitrags. Der Risikobeitrag ist der Beitrag ohne Berücksichtigung von Kosten der für den Eintritt des Versicherungsfalls im laufenden Versicherungsjahr benötigt wird, um das im Leistungsfall aufzuwendende Kapital zu finanzieren. In die Berechnung dieses jährlich für das laufende Versicherungsjahr ermittelten Risikobeitrags fließt das erreichte Alter der versicherten Person, die der Beitragskalkulation zugrunde liegenden biometrische Rechnungsgrundlagen und der Rechnungszins ein. Der Risikobeitrag ist nicht konstant. Der jährliche Überschussanteil während der Leistungsbezugszeit besteht aus einem Zinsüberschussanteil, der in Prozent des Deckungskapitals (vgl. ALV) zu Beginn des Versicherungsvorjahres bemessen wird.

Bewertungsreserve gemäß § 2 Absatz 2c ALV

Verfahren der Zuordnung

4. Maßgeblich für den Anteil dieses Vertragsbestandteils an der zu Beginn des Monats der Zuteilung zu verteilenden Bewertungsreserve sind vorhandene angesammelte Überschussanteile unter Berücksichtigung der jeweiligen Bestandsdauer dieses Tarifs. Bei Wahl einer anderen Überschussverwendungsart erhält dieser Tarif keinen Anteil an den Bewertungsreserven.

Zeitpunkt der Zuteilung und Verwendung

5. Die so ermittelte Bewertungsreserve wird gemäß § 153 Absatz 3 VVG bei Beendigung der Anwartschaft zugeteilt.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zusätzlich zu § 9 ALV und § 9 BBV zu beachten?

1. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht obliegt es Ihnen, die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht mit dem Rechnungszins (1%) verzinst zurückzahlen.

2. Wenn Sie uns die Unterlagen gemäß § 5 BBV eingereicht haben, sind wir auf Ihren Antrag hin bereit, die künftig fälligen Beiträge bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden.

   Haben Sie die Stundung der Beiträge mit uns vereinbart und wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder das Nichtbestehen einer Leistungspflicht rechtskräftig festgestellt, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag nachzuzahlen. Sie können aber verlangen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung, sofern dies nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik möglich ist, getilgt werden. Ist die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich, können die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachgezahlt werden. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall nicht.

3. Die Zahlung eines Einmalbeitrags ist bei diesem Tarif nicht möglich.