

Verbraucherinformation für Direktversicherungen nach § 3 Nr. 63 EStG

Aufgeschobene Rentenversicherung
(Konsortialversicherung)
– Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

in der Fassung 01/2021

Ihr Versicherer:
Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
50427 Köln
www.zurich.de

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die aufgeschobene Rentenversicherung (Konsortialversicherung) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG	6
Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung in der Rentenversicherung (Konsortialversicherung) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG	18
Allgemeine Steuerhinweise zu Direktversicherungen für die aufgeschobene und die sofort beginnende Rentenversicherung (Konsortialversicherung) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG	20
Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht	22
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (BUZ) zur Konsortialversicherung als Hauptversicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG	25
Besondere Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (EUZ) zur Konsortialversicherung als Hauptversicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG	35
Besondere Bedingungen für das Lebensphasenkonzept	42
Widerrufsbelehrung	47
Information zur Verwendung Ihrer Daten	48
Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland	51

Allgemeine Hinweise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Rechtsverordnung über die Informationspflichten bei Versicherungsverträgen regelt die von der Versicherungsgesellschaft dem Versicherungsnehmer zu erteilenden Informationen. Die konkreten Informationsverpflichtungen können Sie den nachfolgenden Ziffernüberschriften entnehmen. Sowohl mit diesen Allgemeinen Hinweisen als auch mit den weiteren Ihnen überlassenen Unterlagen (z. B. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen) informieren wir Sie entsprechend den gesetzlichen Vorgaben über:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist und die zugehörige Registernummer; zur Identität gehören insbesondere der Name, die Anschrift, die Rechtsform und der Sitz.

Ihr Vertragspartner ist ein Versicherungskonsortium. Federführendes Unternehmen des Konsortiums ist: Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Deutzer Allee 1
50679 Köln
Sitz der Gesellschaft: Köln (HRB 100486).

Die Zusammensetzung des Konsortiums und die Anteile der Versicherer zu Beginn der Versicherung werden in der im Persönlichen Vorschlag und im Versicherungsschein enthaltenen „Information zur Konsortialversicherung“ ausgewiesen.

Die Führung und Verwaltung der abgeschlossenen Verträge obliegt ausschließlich der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG. Anzeigen und Willenserklärungen sind nur und erst dann wirksam, wenn sie der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG schriftlich zugegangen sind. Sie wirken dann für das gesamte Konsortium.

2. die Identität eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat, wenn es einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen für den Versicherer gewerblich tätigen Person als dem Anbieter, wenn der Versicherungsnehmer mit dieser geschäftlich zu tun hat und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber dem Versicherungsnehmer tätig wird.

Diese Informationspflicht ist für die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG als deutschen Versicherer nicht einschlägig, so dass hierzu keine Angabe erfolgt.

3. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer, seinem Vertreter oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und dem Versicherungsnehmer maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten.

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Carsten Schildknecht

Deutzer Allee 1
50679 Köln

4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers sowie Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG ist das Lebensversicherungsgeschäft. Bei Beanstandungen haben Sie zudem die Möglichkeit, sich an folgende Adresse zu wenden:

Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

5. das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen, die nicht unter die Richtlinie 94/19/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 1994 über Einlagensicherungssysteme (ABl. EG Nr. L 135 S. 5) und die Richtlinie 97/9/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. März 1997 über Systeme für die Entschädigung der Anleger (ABl. EG Nr. L 84 S. 22) fallen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben.

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Übertragung der Verträge auf den Sicherungsfonds anordnen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Person, der bezugsberechtigten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen gegen die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, die dem Sicherungsfonds angehört.

6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere
a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts;
b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die dem Versicherungsnehmer eine Überprüfung des Preises ermöglichen.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

8. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden; anzugeben sind auch alle Kosten, die dem Versicherungsnehmer für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

10. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises.

Der Persönliche Vorschlag verliert seine Gültigkeit, soweit wir unsere Kalkulationsgrundlagen ändern. Zu diesen Grundlagen gehören insbesondere die Höhe des gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungszinses oder verwendete Sterbetafeln.

11. den Umstand, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

12. darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll.

Der Vertrag kommt durch Zusendung des Versicherungsscheins zustande. Eine Antragsbindefrist besteht nicht.

13. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den der Versicherungsnehmer im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen hat.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen.

14. die Laufzeit und gegebenenfalls Mindestlaufzeit des Vertrages.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

15. die Beendigung des Vertrages, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

16. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt.

Bei der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages gehen wir von der Geltung deutschen Rechts aus.

17. eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht.

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

18. die Sprachen, in welchen die Vertragsbedingungen und die in dieser Vorschrift genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden sowie die Sprachen, in welchen sich der Versicherer verpflichtet, mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen.

Ihr Vertrag mit den dazugehörigen Vertragsunterlagen wird in deutscher Sprache geführt.

19. einen möglichen Zugang des Versicherungsnehmers zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt.

Wir nehmen verpflichtend an dem für Sie kostenfreien Streitbeilegungsverfahren bei der Verbraucherschlichtungsstelle **Versicherungsombudsmann e. V.** (Postfach 080632, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de) teil. Daher können Sie eine Beschwerde an den Versicherungsombudsmann richten. Sie können sich aber auch an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de) wenden. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

20. die Möglichkeit einer Beschwerde bei der unter Nr. 4 genannten Aufsichtsbehörde.

Bei Fragen und Beanstandungen, die im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag stehen, wenden Sie sich bitte an den Sie betreuenden Vermittler, Berater oder direkt an die Zurich Gruppe Deutschland. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich direkt an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu wenden.

Darüber hinaus informieren wir Sie auf Grundlage der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen zusätzlich noch über:

1. die Höhe der Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages, soweit diese nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

2. sonstige in die Prämie eingerechnete Kosten.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

3. die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4. die Rückkaufswerte.

Bei Kündigung durch Sie wird der Wert des aktuellen Vertragsguthabens, vermindert um die bedingungsgemäß vorgesehenen Abzüge, geleistet. Bei den Produkten der Basisversorgung behandeln wir die Kündigung bedingungsgemäß als Beitragsfreistellung. Eine Kündigung mit der Folge, dass ein Rückkaufswert ausgezahlt wird, ist ausgeschlossen.

5. den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 3 und 4 garantiert sind.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

7. die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den im Rahmen der Verbraucherinformation zur Verfügung gestellten Steuerhinweisen.

8. die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Nicht relevant für diese Versicherung.

9. die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase (bei Lebensversicherungsverträgen, die Versicherungsschutz für ein Risiko bieten, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist).

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

Hinweis für Berufsunfähigkeits(-Zusatz)versicherung

Der von uns in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Aus diesem Grund kann beispielsweise eine anerkannte Erwerbsminderungsrente nicht ohne Weiteres zu einem Anspruch auf Leistungen aus der hier versicherten Berufsunfähigkeits(-Zusatz)versicherung führen. Bei der Krankentagegeldversicherung kann es aufgrund der abweichenden Begriffe zu Deckungslücken kommen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die aufgeschobene Rentenversicherung (Konsortialversicherung) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Wer sind Ihre Vertragspartner?
- § 2 Was ist versichert?
- § 3 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie vor Rentenzahlungsbeginn?
- § 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 6 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?
- § 7 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?
- § 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 11 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 12 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
- § 13 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?
- § 14 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 15 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 16 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 17 Welche Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
- § 18 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?
- § 19 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 20 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 21 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?
- § 22 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?

§ 1 Wer sind Ihre Vertragspartner?

(1) Die in dieser Versicherung vereinbarten Leistungen werden im Rahmen eines Konsortiums von mehreren Versicherungsgesellschaften (Konsortialpartner) übernommen. Jeder Konsortialpartner ist mit einem prozentualen Anteil am Vertrag. Er erhält entsprechend seiner Beteiligung einen Anteil am Versicherungsbeitrag und beteiligt Sie an seinen Überschüssen. Jeder Konsortialpartner haftet gemäß seiner Beteiligungsquote für die Leistung. Eine gegenseitige Haftung der Konsortialpartner ist ausgeschlossen. Die Zusammensetzung des Konsortiums und die Anteile der Versicherer entnehmen Sie bitte der im Persönlichen Vorschlag enthaltenen „Information zu Ihrer Versicherung“.

(2) Die Führung und Verwaltung der abgeschlossenen Verträge obliegt ausschließlich der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG. Der Versicherungsnehmer ermächtigt den führenden Versicherer, den in der Gesamtprämie enthaltenen Kostenanteil für die Vertragsabwicklung für sich zu beanspruchen. Anzeigen und Willenserklärungen sind nur und erst dann wirksam, wenn sie der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG schriftlich zugegangen sind. Sie wirken dann für das gesamte Konsortium.

(3) Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG ist von den beteiligten Konsortialpartnern darüber hinaus ermächtigt, alle Rechtsstreitigkeiten auch bezüglich ihrer Anteile als Kläger oder Beklagter zu führen. Ein gegen den oder von dem führenden Versicherer erstrittenes Urteil wird deshalb von den Konsortialpartnern auch für sie als verbindlich anerkannt.

§ 2 Was ist versichert?

(1) Eine Direktversicherung ist eine Lebensversicherung, die durch den Arbeitgeber auf das Leben des Arbeitnehmers abgeschlossen wird und bei der der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen hinsichtlich der Leistungen des Versicherers ganz oder teilweise bezugsberechtigt sind (§ 1 b Absatz 2 Betriebsrentengesetz).

Grundschutz

(2) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn, zahlen wir die versicherte Rente lebenslang je nach vereinbarter Rentenzahlungsweise jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich an den vereinbarten Fälligkeitsterminen. Der Termin der ersten Rentenzahlung ist im Versicherungsschein dokumentiert. Das Mindestrentenalter beträgt 62 Jahre. **Ergibt sich eine monatliche Rente, die 1 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt, wird die Rente abgefunden. Der Vertrag erlischt.**

(3) Ist keine der folgenden Erweiterungsmöglichkeiten des Versicherungsgrundschutzes eingeschlossen, so erlischt im Falle des Todes der versicherten Person die Versicherung, ohne dass eine Leistung fällig wird.

Erweiterungsmöglichkeiten des Versicherungsgrundschutzes bei Vertragsabschluss

Hinterbliebenenleistung in der Aufschubzeit

(4) Im Falle des Todes der versicherten Person während der vereinbarten Aufschubzeit werden – sofern die Hinterbliebenenleistung in der Aufschubzeit eingeschlossen ist – aus den eingezahlten Beiträgen, ohne Beiträge für etwaige Zusatzversicherungen, eine lebenslange Hinterbliebenenrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt. Die Höhe der ermittelten Rente richtet sich nach dem Alter des Hinterbliebenen zum Todeszeitpunkt der versicherten Person sowie den dann gültigen Rentenprodukten unserer Gesellschaft und kann daher noch nicht angegeben werden.

Die Hinterbliebenenleistung kann auch als einmalige Kapitalauszahlung ausgezahlt werden, sofern uns nach dem Tod der versicherten Person, jedoch vor dem Zeitpunkt der ersten Rentenzahlung an den begünstigten Hinterbliebenen, eine entsprechende Erklärung des Hinterbliebenen zugeht. Sind im Falle des Todes der versicherten Person während der Aufschubzeit keine bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 15) vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt

maximal 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Guthaben kommt den übrigen Personen derselben Bestandsgruppe zugute. Ist das Guthaben niedriger als 8.000 EUR, wird das Guthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person ausgezahlt, die die versicherte Person in Textform als Empfänger benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von maximal x Jahren

(5) Sofern eine Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von maximal x Jahren vereinbart ist, ist bei Tod der versicherten Person in der Rentenzahlungszeit eine lebenslange Hinterbliebenenleistung vorgesehen. Ausgangspunkt für deren Berechnung ist die vereinbarte maximale Dauer der Rentenzahlung an die versicherte Person. Die Höhe der Hinterbliebenenleistung errechnet sich nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus dem zum Todeszeitpunkt der versicherten Person vorhandenen Guthaben. Dieses Guthaben wird aus der Differenz zwischen der vereinbarten maximalen Dauer der Rentenzahlung an die versicherte Person und dem Zeitraum bestimmt, den die versicherte Person vor Ablauf dieser maximalen Dauer verstorben ist. Stirbt die versicherte Person nach deren Ablauf, wird keine Leistung aus dem Vertrag mehr fällig und die Versicherung erlischt.

Die Hinterbliebenenleistung wird an die bezugsberechtigten Hinterbliebenen gezahlt (vgl. § 15). **Sind solche Hinterbliebenen nicht mehr vorhanden, endet die Versicherung. Ergibt sich eine monatliche Rente, die 1 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt, wird die Rente abgefunden. Der Vertrag erlischt.**

Die Hinterbliebenenleistung kann auch als einmalige Kapitalleistung ausgezahlt werden, sofern uns nach dem Tod der versicherten Person, jedoch vor dem Zeitpunkt der ersten Rentenzahlung an den begünstigten Hinterbliebenen, eine entsprechende Erklärung des Hinterbliebenen zugeht.

Sind im Falle des Todes der versicherten Person in der Rentenzahlungszeit keine bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 15) vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt maximal 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Guthaben kommt den übrigen Personen derselben Bestandsgruppe zugute. Ist das Guthaben niedriger als 8.000 EUR, wird das Guthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person ausgezahlt, die die versicherte Person in Textform als Empfänger benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

Alternativ zu einer Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von maximal x Jahren:

Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit

(6) Im Falle des Todes der versicherten Person während der Rentenzahlungszeit errechnet sich, sofern eine Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit vereinbart ist, nach versicherungsmathematischen Grundsätzen eine Hinterbliebenenrente aus den eingezahlten Beiträgen abzüglich der Beiträge für etwaige Zusatzversicherungen sowie abzüglich bereits gezahlter Renten (bereits gezahlte Renten werden nur in der Höhe der zu Vertragsbeginn garantierten Renten abgezogen). Übersteigt die Summe der gezahlten Renten die Summe der gezahlten Beiträge, so erlischt der Anspruch. In diesem Fall werden bei Tod der versicherten Person keine Leistungen fällig. Die Höhe der ermittelten Rente richtet sich nach dem Geschlecht und Alter des Hinterbliebenen zum Todeszeitpunkt des Versorgungsempfängers sowie den dann gültigen Rentenprodukten unserer

Gesellschaft und kann daher noch nicht angegeben werden. Die Rente zahlen wir an den bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 15). **Sind solche Hinterbliebenen nicht mehr vorhanden, endet die Versicherung. Ergibt sich eine monatliche Rente, die 1 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt, wird die Rente abgefunden. Der Vertrag erlischt.**

Die Hinterbliebenenleistung kann auch als einmalige Kapitalleistung ausgezahlt werden, sofern uns nach dem Tod der versicherten Person, jedoch vor dem Zeitpunkt der ersten Rentenzahlung an den begünstigten Hinterbliebenen, eine entsprechende Erklärung des Hinterbliebenen zugeht.

Sind im Falle des Todes der versicherten Person in der Rentenzahlungszeit keine bezugsberechtigten Hinterbliebenen (vgl. § 15) vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt maximal 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Guthaben kommt den übrigen Personen derselben Bestandsgruppe zugute. Ist das Guthaben niedriger als 8.000 EUR, wird das Guthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person ausgezahlt, die die versicherte Person in Textform als Empfänger benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

(7) Die Kalkulation der bei Vertragsbeginn im Versicherungsschein genannten Leistungen basiert auf der Sterbetafel DAV 2004R (Aggregattafel); es wird ein Rechnungszins in Höhe von 0,90 % verwendet. Der Rechnungszins und die Sterbetafel werden nachfolgend als Rechnungsgrundlagen bezeichnet.

§ 3 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie vor Rentenzahlungsbeginn?

Kapitalwahlrecht

(1) Die Leistung wird grundsätzlich in Form einer Rentenzahlung erbracht. Alternativ zur Rentenzahlung können Sie auch eine vollständige Auszahlung des Guthabens bis spätestens zum Fälligkeitstag der ersten Rente beantragen (Kapitalwahlrecht). Das Kapitalwahlrecht kann frühestens fünf Monate vor dem vereinbarten Abruftermin ausgeübt werden.

Teilkapitalisierung

(2) Alternativ zur vollständigen Kapitalzahlung kann im Rahmen der steuerlichen Förderung auch eine teilweise Kapitalauszahlung einmalig bis zu 30 % des Guthabens mit anschließender sofortiger Verrentung des verbleibenden Guthabens beantragt werden (Teilkapitalisierung). Hierbei zahlen wir ab dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn eine Rente, die aus dem nicht ausgezahlten Guthaben ermittelt wird. Eine teilweise Kapitalauszahlung ist nur möglich, wenn die Rente aus dem verbleibenden Guthaben die Mindestrente¹⁾ erreicht und der Auszahlungsbetrag einen Wert von 2.500 EUR nicht unterschreitet. Haben Sie eine Teilkapitalisierung beantragt, ohne dabei anzugeben, wie viel Prozent des Guthabens in einem Betrag ausgezahlt werden soll, so gilt die Auszahlung der höchstmöglichen Summe als vereinbart.

(3) Wenn Sie für die Aufschubzeit als auch für die Rentenzahlungszeit einen erweiterten Grundschutz eingeschlossen haben und die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat, können Sie den Rentenzahlungsbeginn vorverlegen. Die dann lebenslang zu zahlende Rente wird unter Zugrundelegung des aktuellen Vertragsguthabens festgelegt.

Flexibler Abruf (Abrufphase)

(4) Während einer vereinbarten Abrufphase (maximal zehn Jahre), haben Sie jährlich zur Hauptfälligkeit (Jahrestag des Beginns der Versicherung) die Möglichkeit, die Rentenleistung oder, falls gewünscht die Kapitalauszahlung, ganz oder teilweise abzurufen. Der Abruf muss in Textform erfolgen und spätestens drei Monate vor Beginn des folgenden Versicherungsjahres vom Versicherungsnehmer beantragt werden. Wird der vorzeitige Abruf von Ihnen nicht in Anspruch genommen, setzt die Zahlung der versicherten Rente nach Ablauf der Aufschubzeit zum vereinbarten Rentenzahlungsbeginn ein.

Erhöhung der Leistung bei vereinbarter Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit

(5) Die Höhe der Leistung der Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit kann zu Rentenzahlungsbeginn erhöht werden. Sie darf aber in keinem Fall höher als die zu Rentenzahlungsbeginn erreichte Kapitalauszahlung sein. Aufgrund der Erhöhung muss eine Neuberechnung der Rente des Vertrages erfolgen. Dies hat üblicherweise eine Reduzierung der versicherten Rente zur Folge.

Verlängerung der Aufschubzeit

(6) Sie haben das Recht bis einen Monat vor dem vereinbarten Rentenbeginn in Textform zu verlangen, dass die Aufschubzeit Ihrer Versicherung um maximal zehn Versicherungsjahre verlängert wird. Es ist nur eine Verlängerung um volle Versicherungsjahre möglich. Voraussetzung für eine Verlängerung ist, dass zum neuen Beginn der Rentenzahlung das maximale Rentenbinnenalter von 85 Jahren nicht überschritten wird. Ist eine Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit aus einer Dauer von maximal x Jahren vereinbart, und wird durch die Verschiebung des Rentenbeginns die steuerlich maximal unbedenkliche Dauer dieser Hinterbliebenenleistung überschritten, so wird sie auf diese angepasst. Eine Verlängerung der Aufschubzeit ist sowohl beitragsfrei als auch unter Beibehaltung der vereinbarten Beiträge möglich. Bei einer Verlängerung unter Beibehaltung der vereinbarten Beiträge fallen Abschlusskosten an, für die § 12 Absatz 1 entsprechend gilt. Die dann lebenslang zu zahlende Rente wird unter Zugrundelegung des Guthabens zu Rentenbeginn und der bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen festgelegt.

Zu dem neuen Rentenbeginnstermin haben Sie unter den gleichen Voraussetzungen wie zum ursprünglichen Rentenbeginnstermin (vgl. Absatz 1) die Möglichkeit, die Kapitalauszahlung ganz oder im Rahmen der steuerlichen Förderung teilweise bis zu 30 % des Guthabens mit anschließender sofortiger Verrentung des verbleibenden Guthabens abzurufen. Bitte berücksichtigen Sie dabei die Steuerhinweise im Rahmen der Verbraucherinformationen. Zusatzversicherungen sind von dieser Verlängerung ausgeschlossen. Sie enden zum ursprünglich vorgesehenen Ablauftermin.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Überschussermittlung

(1) Um zu jedem Zeitpunkt der Versicherungsdauer den vereinbarten Versicherungsschutz zu gewährleisten, bilden wir Rückstellungen. Die zur Bedeckung der Rückstellungen erforderlichen Mittel werden angelegt und erbringen Kapitalerträge. Aus diesen Kapitalerträgen, den Beiträgen und den angelegten Mitteln werden die zugesagten Leistungen erbracht, sowie die Kosten von Abschluss und Verwaltung des Vertrages gedeckt. Je größer die Erträge aus den Kapitalanlagen sind, je günstiger der Verlauf unserer Risikoaufwendungen ist und je kostengünstiger wir arbeiten, umso größer sind dann entstehende Überschüsse, an denen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) beteiligen.

Umgekehrt kann z. B. eine ungünstige Entwicklung des Kapitalmarktes oder eine steigende Lebenserwartung durch eine dann zu bildende Rückstellung auch zu einer Reduzierung oder vollständigem Entfallen der Überschüsse führen.

Die Überschussermittlung erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und des Handelsgesetzbuches (HGB) und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

Überschussbeteiligung

(2) Wir beteiligen Sie am Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Beteiligung am Überschuss nehmen wir nach Grundsätzen vor, die § 140 Absatz 2 VAG und der hierzu nach § 145 Absatz 2 VAG erlassenen Rechtsverordnung entsprechen und deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde im Rahmen ihrer Rechts- und Finanzaufsicht überwacht.

Nach diesen Grundsätzen haben wir gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Von den Kapitalerträgen kommt den Versicherungsnehmern als Beteiligung am Überschuss mindestens der in der Rechtsverordnung zu § 140 Absatz 2 VAG jeweils festgelegte Anteil zugute, abzüglich der Beträge, die für die zugesagten Leistungen benötigt werden. Bei sehr ungünstigem Risikoverlauf bzw. einem eventuellen Solvabilitätsbedarf kann dieser Anteil unterschritten werden (Rechtsverordnung zu § 140 Absatz 2 VAG). Einen so ermittelten Überschuss für die Versicherungsnehmer ordnen wir den einzelnen Bestandsgruppen zu und stellen ihn – soweit er den Verträgen nicht direkt gutgeschrieben wird – in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ein. Bei Rentenzahlungsbeginn und während der Dauer der Rentenzahlungszeit werden Mittel in der RfB für eine lebenslang zahlbare Rente reserviert, deren Höhe jedoch nicht garantiert ist. Die Höhe der hieraus gezahlten Renten ist jeweils nur für ein Versicherungsjahr zugesagt. Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Beteiligung der Versicherungsnehmer am Überschuss verwenden. In Ausnahmefällen können wir die Rückstellung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen, 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 heranziehen (§ 140 Absatz 1 VAG). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Soweit auf §§ 140 und 145 VAG Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2016 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahmen erstrecken sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzende Vorschriften.

Darüber hinaus beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven. 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, die Auswirkungen kurzfristiger Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Sie können auch Null betragen. An vorhandenen Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den jeweils geltenden versicherungsvertraglichen und aufsichtsrechtlichen Bestimmungen. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine hälftige Beteiligung an den Bewertungsreserven vor, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind.

Dazu wird zum einen am Ende eines Kalenderjahres im Rahmen der Festlegung der Überschussbeteiligung für die im Folgejahr durch Ablauf oder Tod endenden Verträge die Höhe eines Teils der fällig werdenden Bewertungsreserven nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt und den Verträgen als Schlusszahlung rechnerisch zugeordnet (deklarierte Beteiligung an den Bewertungsreserven). Bei Beendigung durch Rückkauf wird hiervon ein anteiliger Betrag in Abhängigkeit von der ausstehenden Restlaufzeit rechnerisch zugeordnet.

Zum anderen werden im Zusammenhang mit der Beendigung des Vertrages die insgesamt vorhandenen Bewertungsreserven ermittelt, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind. Anschließend werden diese nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig Ihrem Vertrag zugeordnet. Der für diese Ermittlung maßgebliche Stichtag wird jährlich für das Folgejahr festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Er liegt nicht länger als drei Monate vor Beendigung des Vertrages.

Sie erhalten als Schlusszahlung zur Beteiligung an den Bewertungsreserven den gesetzlich vorgesehenen Anteil von derzeit 50 % des im Zusammenhang mit der Beendigung ermittelten Betrages. Mindestens erhalten Sie aber die deklarierte Beteiligung an den Bewertungsreserven. Bewertungsreserven können auch vollständig entfallen. Bei Rentenversicherungen ist neben Tod und Rückkauf während der Ansparphase der Übergang in den Rentenbezug maßgeblicher Zeitpunkt für die Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Darüber hinaus beteiligen wir Sie während der nach den jeweils geltenden versicherungsvertraglichen und aufsichtsrechtlichen Bestimmungen an den Bewertungsreserven. Bewertungsreserven können auch vollständig entfallen. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine hälftige Beteiligung an den Bewertungsreserven vor, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind.

Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(3) Die Höhe der Überschussanteile wird vom Vorstand des jeweiligen Versicherungsunternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren, insbesondere etwa im ersten Versicherungsjahr, kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist. Die Höhe der Überschussanteile, die auf den Teil des Vertrages bei der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG (ZDHL) entfallen, können Sie dem Geschäftsbericht der ZDHL entnehmen. Dort wird zusätzlich die Höhe der Überschussanteile genannt, die sich aufgrund der Höhe der Überschussanteile der Konsortialpartner für Ihren Vertrag insgesamt ergeben.

Laufender Überschussanteil

(4) Die einzelnen Versicherungen können eventuell nach Ablauf einer Wartezeit, jährlich eine laufende Beteiligung am Überschuss erhalten, wenn laufende Überschüsse zugewiesen werden. Dies kann in folgenden Formen geschehen:

▪ **Grundüberschussanteil während der Aufschubzeit**

Bezugsgröße ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigende Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungs-

kapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

während des Rentenbezugs

Je nach vereinbarter Überschussverwendungsform können die einzelnen Versicherungen jährlich eine laufende Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente (vgl. Absatz 7) erhalten, wenn laufende Überschüsse zugewiesen werden.

▪ **Beitragsüberschussanteil**

Bezugsgröße für die Bemessung des Beitragsüberschusses ist der Jahresbeitrag des vorhergehenden Versicherungsjahres.

▪ **Überschussausgleich in der Konsortialversicherung**

Jeder Konsortialpartner legt zunächst die laufende Beteiligung am Überschuss für seinen Teil des Vertrages fest. Anschließend wird die sich daraus ergebende gesamte Überschussbeteiligung aller Konsortialpartner entsprechend ihrer Beteiligungsquoten aufgeteilt. Der daraus sich ergebende Betrag wird dem jeweiligen Anteil des Konsortialpartners am Vertrag zugeführt.

Die Konsortialpartner mit – gemessen an ihrer Quote – hoher Überschussbeteiligung sind demnach verpflichtet, ihre Überschussbeteiligung ganz oder teilweise den anderen Konsortialpartnern gutzuschreiben. Dadurch bleiben die im Persönlichen Vorschlag unter „Information zu Ihrer Versicherung“ genannten Beteiligungsquoten unverändert.

Schlussüberschussanteil

(5) Es ist ein Schlussüberschuss nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen vorgesehen. In allen Fällen wird der Schlussüberschuss jährlich neu festgesetzt und jeweils für ein Kalenderjahr garantiert. Er bemisst sich in Prozent der Zusatzsumme²⁾ und eines Anteils an der Grundsumme³⁾.

während der Aufschubzeit

Im Kündigungsfall wird der Schlussüberschuss anteilig in Abhängigkeit von der abgelaufenen Aufschubzeit berechnet. Bei Tod der versicherten Person wird nur bei Versicherungen mit in der Aufschubzeit erweitertem Grundschatz ein Schlussüberschuss festgesetzt.

Bei Wahl der Kapitalauszahlung zum Ende der Aufschubzeit wird der Schlussüberschussanteil im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zusammen mit dieser ausgezahlt.

Überschussausgleich in der Konsortialversicherung

Jeder Konsortialpartner legt für seinen Teil des Vertrages den Schlussüberschuss fest und beteiligt für diesen Teil den Vertrag an den Bewertungsreserven (einschließlich der deklarierten Bewertungsreserven). Ein Ausgleich zwischen den Anteilen der Konsortialpartner findet nicht statt. Der Anteil eines Konsortialpartners am Schlussüberschuss entspricht demnach nicht der im Persönlichen Vorschlag unter „Information zu Ihrer Versicherung“ genannten Beteiligungsquote.

bei Rentenübergang

Aus dem zu Beginn der Rentenzahlungszeit festgesetzten Schlussüberschuss wird eine Erhöhung der Rente bestimmt. Der daraus resultierende Erhöhungsbetrag kann nur jeweils für ein Jahr fest zugesagt werden.

Überschussausgleich in der Konsortialversicherung

Der insgesamt für den Rentenübergang festgesetzte Schlussüberschuss aller Konsortialpartner wird entsprechend ihrer Beteiligungsquoten aufgeteilt. Der daraus sich ergebende Betrag wird dem jeweiligen Anteil des Konsortialpartners am Vertrag zugeführt. Die Konsortialpartner mit – gemessen an ihrer Quote – hoher Schlussüberschussbeteiligung sind demnach verpflichtet, die Schlussüberschussbeteiligung ganz oder teilweise den ande-

ren Konsortialpartnern gutzuschreiben. Dadurch bleiben die im Persönlichen Vorschlag unter „Information zu Ihrer Versicherung“ genannten Beteiligungsquoten unverändert.

Überschussverwendung während der Aufschubzeit

(6) Für die Aufschubzeit haben Sie mit uns eine der nachfolgenden Überschussverwendungsformen vereinbart.

Verzinsliche Ansammlung

Hierbei werden die zugeteilten Überschüsse verzinslich angesammelt und zu Rentenzahlungsbeginn vollständig unter Zugrundelegung von Rechnungszins und Sterbetafel, die zum Zeitpunkt des Übergangs in die Rentenzahlung für diese dann vorgesehen sind für die Berechnung der Rente aus Überschuss verwendet. Bei Beendigung des Vertrages durch Tod, Rückkauf oder Kapitalauszahlung werden sie mit ausgezahlt.

Bonusrente

Bis zum Ablauf der Aufschubzeit werden die zugeteilten Überschussanteile für eine Erhöhung der Renten bzw. der Kapitalauszahlung verwendet. Hierbei werden Rechnungszins und Sterbetafel zugrunde gelegt, die zum Zeitpunkt der Überschusszuteilung jeweils hierfür vorgesehen sind.

Verringert oder erhöht sich die der Berechnung zugrunde gelegte Überschussbeteiligung, so hat dies Auswirkungen auf die jährliche Erhöhung der Rente bzw. der Kapitalabfindung; unter Umständen kann diese auch ganz ausbleiben.

während der Rentenzahlungszeit

(7) Für die Rentenzahlungszeit vereinbaren Sie mit uns eine der nachfolgenden Überschussverwendungsformen.

Bonus-PLUS-Rente

Bei der Bonus-PLUS-Rente wird ein Teil der zugeteilten Überschüsse dazu verwendet, zusätzlich zur garantierten Rente eine möglichst gleichbleibende Zusatzrente aus Überschuss zu bilden. Der verbleibende Teil der zugeteilten Überschüsse wird zur Erhöhung der Gesamtrente verwendet. Eine Erhöhung der Gesamtrente erfolgt frühestens im zweiten Rentenzahlungsjahr. Verringert oder erhöht sich die der Berechnung der Gesamtrente zugrunde gelegte Überschussbeteiligung, so wird dies zuerst Auswirkungen auf die jährliche Erhöhung haben; unter Umständen kann diese auch ganz ausbleiben. Ist eine stärkere Senkung der Überschussbeteiligung erforderlich, kann es vorkommen, dass auch die Höhe der Gesamtrente betroffen ist und diese sinkt.

Bonusrente

Bei der Bonusrente werden die zugeteilten Überschüsse zur Erhöhung der Rente verwendet. Eine Erhöhung der Rente erfolgt frühestens im zweiten Rentenzahlungsjahr.

Verringert oder erhöht sich die der Berechnung der Rente zugrunde gelegte Überschussbeteiligung, so hat dies Auswirkungen auf die jährliche Erhöhung der Rente; sofern keine Überschüsse zugewiesen werden, erfolgt auch keine Rentenerhöhung.

Garantie-PLUS-Rente

Bei der Garantie-PLUS-Rente werden die zugeteilten Überschüsse dazu verwendet, zusätzlich zur garantierten Rente eine möglichst gleichbleibende Zusatzrente aus Überschuss zu bilden. Verringert oder erhöht sich die der Berechnung der Gesamtrente zugrunde gelegte Überschussbeteiligung, so ändert sich demgemäß auch die Höhe der Rente aus Überschuss.

Für alle Überschussverwendungsformen während der Rentenzahlungszeit gilt:

Für den Teil der Rente, für den Mittel in der RfB reserviert wurden (vgl. Absatz 2), wird die Rentenhöhe jeweils nur für ein Versicherungsjahr zugesagt.

Besonderheit bei während der Rentenzahlungszeit vereinbarter Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit

Solange nach Rentenzahlungsbeginn ein Anspruch aus der Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit besteht, werden die hierauf entfallenden Überschüsse verzinslich angesammelt und im Todesfall der versicherten Person ausgezahlt. Ist der Anspruch aus der Hinterbliebenenleistung in der Rentenzahlungszeit erloschen, so werden die angesammelten und verzinsten Überschüsse zur Bildung einer beitragsfreien Zusatzrente verwendet, die die Rentenleistung erhöht.

Option offene Zukunft

Die für die Rentenzahlungszeit vereinbarte Überschussverwendungsform kann auf Ihren Antrag bis vier Wochen vor Rentenzahlungsbeginn, frühestens fünf Monate vor Rentenbezug auf eine andere von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene Überschussverwendungsform umgestellt werden. Sie werden in der Wertbestätigung ein Jahr vor Rentenbeginn nochmals darauf hingewiesen.

Ergänzender Hinweis

(8) Steigt die Lebenserwartung in Deutschland stärker an als in den verwendeten Rechnungsgrundlagen angenommen, resultieren daraus längere durchschnittliche Rentenzahlungszeiten. Das bedeutet, dass die vorhandenen Rückstellungen zur Sicherung der Rente um Mittel für die zusätzlichen Rentenzahlungen ergänzt werden müssen. Dazu können Überschussanteile, die dem Vertrag nicht verbindlich gutgeschrieben wurden (zukünftig erwirtschaftete laufende Überschussanteile und Schlussüberschussanteile) zur Bildung dieser zusätzlich erforderlichen Reserven genutzt werden. Garantierte Renten bleiben davon unberührt.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 9 Absätze 2 und 3 und § 10).

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

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

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

(2) Ist die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen gestorben, ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes der Versicherung (vgl. § 11).

Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen gestorben ist, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) In folgenden Fällen vermindert sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes der Versicherung (vgl. § 11): Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss dabei darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 7 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufwert Ihrer Versicherung, wenn seit Abschluss des Vertrages **drei Jahre vergangen** sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung **vor** Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufwert Ihrer Versicherung, jedoch nicht mehr als eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung (vgl. § 11 Absätze 3 bis 5). Für den Todesfall versicherte Rentenleistungen vermindern sich auf den Betrag, den wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufwert erbringen können. Etwaige Beitragsrückstände werden verrechnet.

Wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, besteht Versicherungsschutz.

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

§ 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den vollen Rückkaufwert (vgl. § 11 Absätze 3 bis 5). Die Regelung des § 11 Absatz 3 Satz 3 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Falle unverschuldeter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht verzichten wir auf das Recht zur Kündigung.

(7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (vgl. § 11 Absätze 10 und 11).

Rückwirkende Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Im Falle unverschuldeter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht den Vertrag anzupassen.

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

Ausübung unserer Rechte

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich 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 innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

(12) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(14) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeverweigerung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend. Im Falle einer Anfechtung sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Nach Vereinbarung können Sie die laufenden Beiträge in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Abständen zahlen. Die Beiträge werden zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode beträgt entsprechend der vereinbarten und im Versicherungsschein

angegebenen Zahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

(2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Zahlungsweise innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab Fälligkeitstag an uns zu zahlen. Die Zahlung kann auch an unseren Vertreter erfolgen, sofern dieser Ihnen eine von uns ausgestellte Beitragsrechnung vorlegt.

(3) Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (vgl. Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am 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 SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen.

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

(5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(6) Bei Rentenversicherungen mit laufender Beitragszahlung haben Sie das Recht, zu jedem Beitragszahlungstermin neben den fest vereinbarten Beiträgen freiwillige Zuzahlungen unter folgenden Bedingungen zu leisten:

- Die Zuzahlung beträgt mindestens 200 EUR.
- die Summe der geleisteten Zuzahlungen dürfen zusammen mit den für dieses Kalenderjahr vereinbarten Beiträgen insgesamt 8 % der in diesem Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) nicht übersteigen.

Darüber hinaus können Sie beantragen, Zuzahlungen in Form von ungedeckelten Eigenbeiträgen zu leisten. Bei ungedeckelten Eigenbeiträgen darf die Summe der Zuzahlungen pro Kalenderjahr 2.500 EUR nicht überschreiten. Davon abweichend sind Zuzahlungen von bis zu 5.000 EUR pro Kalenderjahr möglich, wenn nach der Zuzahlung noch mindestens fünf Jahre bis zum frühesten Abruftermin verbleiben.

Bei einer Zuzahlung fallen Abschluss- und Vertriebskosten an. Deren Höhe entspricht dem Verhältnis von Beitragssumme zu Abschluss- und Vertriebskosten, die Ihnen vor Vertragsabschluss mitgeteilt worden sind. Sie werden einmalig mit der eingehenden Zuzahlung verrechnet.

Die Erhöhung der Leistungen errechnet sich aus dem am Zahlungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmebedingungen unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Zuzahlung für diese dann geltenden Rechnungsgrundlagen.

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

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der Einlösungsbeitrag 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) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

(4) Sollten Sie in Zahlungsschwierigkeiten geraten, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Wir beraten Sie gerne und informieren Sie über Möglichkeiten zur Überbrückung.

§ 11 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung – jedoch nur vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn – ganz oder teilweise jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres, in Textform kündigen.

Die Erstattung des Rückkaufswertes kann nur erfolgen, sofern die gesetzlichen Regelungen (§ 1 b, § 2 und § 3 Betriebsrentengesetz) dem nicht entgegenstehen. Wird der versicherten Person die Versicherungsnehmerstellung übertragen, nachdem sie aus den Diensten des Arbeitgebers mit einer unverfallbaren Anwartschaft im Sinne des Betriebsrentengesetzes ausgeschieden ist, darf sie gemäß § 2 Absatz 2 Sätze 5 und 6 Betriebsrentengesetz aufgrund einer Kündigung des Vertrages den Rückkaufswert in Höhe des durch Beitragszahlungen des Arbeitgebers oder aufgrund von Entgeltumwandlungen gebildeten Zeitwerts nicht in Anspruch nehmen; im Falle einer Kündigung wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt. Absatz 8 gilt entsprechend. § 169 Absatz 1 VVG findet insoweit keine Anwendung.

(2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Rente unter eine angemessene Mindestrente⁵⁾ sinkt. Außerdem darf ein Mindestbeitrag⁶⁾ nicht unterschritten werden. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versiche-

rung beenden wollen, müssen Sie also vollständig kündigen.

Auszahlung eines Rückkaufswertes bei Kündigung, wenn der Grundschutz in der Aufschubzeit erweitert ist

(3) Ist für den Todesfall in der Aufschubzeit eine Leistung vereinbart, haben wir nach § 169 VVG den Rückkaufswert zu erstatten, höchstens jedoch die für den Todesfall vereinbarte Leistung (vgl. Absatz 6). Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei Versicherungen gegen laufenden Beitrag erstatten wir mindestens jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 12 Absatz 2 Satz 3) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Durch Zuzahlungen erhöht sich der Rückkaufswert um das Deckungskapital, das sich bei sofortiger Entnahme der Abschluss- und Vertriebskosten aus der Zuzahlung ergibt. Ein Abzug hiervon wird nicht erhoben. Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen

Die Erstattung des Rückkaufswertes kann nur erfolgen, sofern die gesetzlichen Regelungen (§ 1 b, § 2 und § 3 Betriebsrentengesetz) dem nicht entgegenstehen. Wird der versicherten Person die Versicherungsnehmerstellung übertragen, nachdem sie aus den Diensten des Arbeitgebers mit einer unverfallbaren Anwartschaft im Sinne des Betriebsrentengesetzes ausgeschieden ist, darf sie gemäß § 2 Absatz 2 Sätze 5 und 6 Betriebsrentengesetz aufgrund einer Kündigung des Vertrages den Rückkaufswert in Höhe des durch Beitragszahlungen des Arbeitgebers oder aufgrund von Entgeltumwandlungen gebildeten Zeitwerts nicht in Anspruch nehmen; im Falle einer Kündigung wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt. Absatz 8 gilt entsprechend. § 169 Absatz 1 VVG findet insoweit keine Anwendung.

(4) Wir sind berechtigt, den nach Absatz 3 Sätze 1 bis 3 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Verträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet (§ 169 Absatz 6 VVG).

(5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeleitete Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 4 berechneten Rückkaufswert enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach § 4 Absatz 5 für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einer Kündigung vor Rentenbeginn ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 4 Absatz 2 zugeleitete Bewertungsreserven.

(6) Übersteigt der Rückkaufswert der Versicherung die Todesfallleistung, so wird von dem darüber hinausgehenden Betrag ein zusätzlicher Abzug von 10 % der Differenz zwischen Rückkaufswert und Todesfallleistung erhoben.

(7) Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebs-

kosten (vgl. § 12) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Nähere Informationen zum Rückkaufswert und seiner Höhe können Sie der Verlaufsdarstellung der garantierten Leistungen in Ihrem Persönlichen Vorschlag entnehmen.

Kündigungsregelung, wenn der Grundsatz für die Aufschubzeit nicht erweitert ist

(8) Ist für den Todesfall in der Aufschubzeit keine Leistung vereinbart, so wandelt sich die Versicherung bei Kündigung (Voll- oder Teilkündigung gemäß Absatz 1) ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um, wenn diese die Mindestrente⁵⁾ erreicht. Für die Bemessung der herabgesetzten beitragsfreien Renten gelten die nachfolgenden Regelungen in Absatz 10 Sätze 2 bis 5. Bei Nichterreichen der Mindestrente⁵⁾ bzw. des Mindestbeitrags⁴⁾ erlischt die Versicherung, der Rückkaufswert (vgl. Absatz 3) wird vollständig ausgezahlt. Die Erstattung des Rückkaufswertes kann nur erfolgen, sofern die gesetzlichen Regelungen (§ 1 b, § 2 und § 3 Betriebsrentengesetz) dem nicht entgegenstehen.

Übertragungswert (Portabilität)

(9) Die Absätze 1 bis 7 gelten nicht, soweit die Übertragung des Übertragungswertes nach § 4 Absatz 2 Nr. 2 bzw. Absatz 3 Betriebsrentengesetz verlangt wird. **In diesem Fall wird die Versicherung beendet.** Der Übertragungswert ist der nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelte Zeitwert; er entspricht dem gebildeten Deckungskapital im Zeitpunkt der Übertragung.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung anstelle einer Kündigung

(10) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen in Textform verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die versicherte Rente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab. Sie wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 3 errechnet. Der dort geregelte Abzug wird dabei nicht erhoben. Die beitragsfreie Rente erreicht aber mindestens die bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiewerte zum Zeitpunkt der Umwandlung (vergleichen Sie hierzu die auf dem Persönlichen Vorschlag abgedruckte Übersicht der garantierten beitragsfreien Renten). Bei der Beitragsfreistellung wird kein Abzug erhoben.

Unter den gleichen Voraussetzungen können Sie auch eine befristete Beitragsfreistellung für eine Dauer von maximal 24 Monaten verlangen. Zum Ende dieser mit uns vereinbarten Dauer wird der Vertrag dann automatisch mit den bisherigen Beiträgen wieder in Kraft gesetzt. Die versicherte Rente wird für den Zeitpunkt des Beginns der befristeten Beitragsfreistellung sowie der Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Leistungen werden auf Basis der Veränderung der Beitragszahlung angepasst. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 12) nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Nähere Informationen

zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie der Verlaufsdarstellung der garantierten Leistungen in Ihrem Persönlichen Vorschlag entnehmen.

(11) **Haben Sie die vollständige bzw. befristete Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 10 zu berechnende beitragsfreie Rente den Mindestbetrag⁵⁾ nicht, so ist eine vollständige Beitragsfreistellung des Vertrages nicht möglich. Sie können in diesem Fall den Vertrag nur ggf. teilweise beitragsfrei stellen oder kündigen (vgl. Absatz 3).**

Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die Rente den Mindestbetrag⁵⁾ erreicht und der Mindestbeitrag⁴⁾ nicht unterschritten wird. Die Erstattung des Rückkaufswertes kann nur erfolgen, sofern die gesetzlichen Regelungen (§ 1 b, § 2 und § 3 Betriebsrentengesetz) dem nicht entgegenstehen.

In jedem der Fälle werden wir uns vor Auszahlung des Rückkaufswertes mit Ihnen in Verbindung setzen, um eine vollständige Beendigung des Vertrages zu verhindern, wenn dies Ihren Wünschen entspricht.

Mindestbeträge bei vereinbarter Abrufphase

(12) Die vorgenannten Mindestbeträge müssen bei einer Abrufphase zur ersten Abrufmöglichkeit erreicht werden.

Kündigung während des Rentenbezugs

(13) **Zu Lebzeiten der versicherten Person ist eine Kündigung der Versicherung ausgeschlossen.**

Beitragsrückzahlung

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

Wiederinkraftsetzung

(15) Ist der Vertrag gekündigt oder beitragsfrei gestellt, haben Sie unter folgenden Voraussetzungen ein Recht auf Wiederinkraftsetzung des Vertrages unter Zugrundelegung der bisherigen Rechnungsgrundlagen:

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind vollständig gezahlt.
- Das Recht auf Wiederinkraftsetzung wird innerhalb von 36 Monaten nach Wirksamwerden der Beitragsfreistellung uns gegenüber geltend gemacht. Ist bei Ihrem Vertrag eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Erwerbsunfähigkeitsabsicherung eingeschlossen und wird das Recht auf Wiederinkraftsetzung nach sechs Monaten uns gegenüber geltend gemacht, behalten wir uns das Recht einer erneuten Gesundheitsprüfung vor.
- Das Recht auf Wiederinkraftsetzung wird innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung uns gegenüber geltend gemacht. Ein ggf. von uns erstatteter Rückkaufswert ist uns innerhalb eines Monats, nach dem Sie unsere Mitteilung über die Höhe der ausstehenden Beiträge erhalten haben, zurückzuzahlen.

Wir werden die Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik nur dann herabsetzen, wenn Sie die ausstehenden Beiträge nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Mitteilung nachzahlen.

Elternzeit

(16) Wurde wegen einer Elternzeit eine Reduzierung des Beitrags oder eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung vorgenommen, kann die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Elternzeit und Wiederaufnahme

der beruflichen Tätigkeit verlangen, dass der Vertrag ohne Gesundheitsprüfung zu den vor der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt wird. Das Verlangen kann durch formlose Erklärung, die uns innerhalb der in Satz 1 genannten drei Monate zugehen muss, gestellt werden.

Voraussetzung für die Wiederinkraftsetzung bzw. Erhöhung der Beiträge ist, dass eine jährlich garantierte Altersrente von 300 EUR erreicht wird.

§ 12 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV.) sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

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

Soweit auf Vorschriften in Verordnungen Bezug genommen wird, erstrecken sich die Bezugnahmen auch auf die diese in der Zukunft ersetzenden Vorschriften.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung mit laufender Beitragszahlung nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Rente oder für einen Rückkaufswert vorhanden sind (vgl. § 11). Nähere Informationen können Sie der Verlaufsdarstellung der garantierten Leistungen in Ihrem Persönlichen Vorschlag entnehmen.

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

(1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person vorgelegt wird.

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

(3) Der Tod der versicherten Person ist uns in jedem Fall 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 verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder sonstigen Heilbehandlern, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, anderen Personenversicherern und frühere und aktuelle Krankenkassen (gesetzliche und private), Sozialversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten sowie derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann.

Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung hat der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs.

(5) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(6) Bei Überweisung von Leistungen in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes tragen Sie die damit verbundene Gefahr.

§ 14 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) In den Fällen des § 15 Absatz 5 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 15 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Bezugsrecht für den Todes- und Erlebensfall

(1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an die versicherte Person, soweit diese bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Vertrag erwirbt (bezugsberechtigte Person) oder an deren Hinterbliebene, soweit eine Leistung an Hinterbliebene vertraglich vereinbart ist.

Soweit die Prämienzahlung im Wege der Entgeltumwandlung (§ 1 Absatz 2 Nr. 3 Betriebsrentengesetz) erfolgt, ist die versicherte Person von Beginn der Versicherung an unwiderruflich bezugsberechtigt für den Erlebensfall. Ist eine Hinterbliebenenleistung mitversichert, sind die benannten Hinterbliebenen der versicherten Person begünstigt für den Todesfall. Der Versicherungsnehmer hat das Recht zu bestimmen, welcher der nach Maßgabe des Absatzes 2 in Betracht kommenden Hinterbliebenen begünstigt sein soll; er kann die versicherte Person zur Ausübung dieses Rechts ermächtigen.

Soweit die Prämienzahlung nicht im Wege der Entgeltumwandlung erfolgt, kann das Bezugsrecht in einer der folgenden Varianten vertraglich vereinbart werden:

- **Unwiderrufliches Bezugsrecht;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt. Dieses Bezugsrecht umfasst sämtliche Leistungen.
- **Unwiderrufliches Bezugsrecht unter Vorbehalten;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht unter den nachstehenden Vorbehalten eingeräumt:
Dem Arbeitgeber bleibt das Recht vorbehalten, alle Leistungen für sich in Anspruch zu nehmen,
 - wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalles endet, es sei denn, die versicherte Person hat das 21. Lebensjahr vollendet und die Versicherung hat drei Jahre bestanden,
 - wenn die versicherte Person Handlungen begeht, die dem Arbeitgeber das Recht geben, die Versicherungsansprüche zu mindern oder zu entziehen.
 Dieses Bezugsrecht umfasst sämtliche Leistungen.
- **Widerrufliches Bezugsrecht;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung ein widerrufliches Bezugsrecht eingeräumt. Dieses Bezugsrecht umfasst sämtliche Leistungen.

Versorgungsberechtigte Personen

- (2) Im Todesfall der versicherten Person erhalten die Versorgungsleistungen als Begünstigte:
- a) der überlebende Ehegatte/Lebenspartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet/verpartnert war
 - b) der Lebensgefährte, unter der Voraussetzung, dass eine Versicherung der versicherten Person in Textform vorliegt, in der der Lebensgefährte unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift genannt ist und bestätigt wird, dass eine gemeinsame Haushaltsführung besteht
 - c) die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder im Sinne des § 32 Absatz 3 und Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Absatz 5 EStG und Kinder in einem besonderen Obhuts- und Pflegeverhältnis im Sinne der steuerlichen Bestimmungen und die namentlich als Begünstigte benannt wurden.

Die als begünstigt in Betracht kommende Person erwirbt einen Anspruch nur dann, wenn die Person des vorhergehenden Ranges nicht vorhanden ist oder auf ihr Recht verzichtet hat. Mehrere Berechtigte im gleichen Rang erhalten gleiche Anteile.

Sterbegeld

(3) Sind Hinterbliebene im Sinne des Absatzes 2 nicht vorhanden, beschränkt sich die Leistung auf ein Sterbegeld. Es beträgt maximal 8.000 EUR. Ein darüber hinausgehendes Guthaben kommt den übrigen versicherten Personen derselben Bestandsgruppe zugute. Ist das Guthaben niedriger als 8.000 EUR wird das Guthaben als Sterbegeld ausgezahlt. Es wird an die Person gezahlt, die die versicherte Person in Textform als Empfänger benannt hat. Ist niemand benannt, wird es an die Erben der versicherten Person gezahlt.

Abtretung, Verpfändung und Beleihung

(4) Sämtliche Rechte und Ansprüche aus dem Vertrag können weder abgetreten, beliehen noch verpfändet werden.

Anzeigepflicht

(5) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind.

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

(1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder die der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie oder die versicherte Person Nachteile entstehen, da wir eine an Sie oder an eine an die versicherte Person zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihren Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens oder des Namens der versicherten Person gelten die Absätze 1 und 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 (Zustellungsbevollmächtigter).

(5) Sie sind verpflichtet, uns zu informieren, wenn Sie Ihren ständigen Wohnsitz ins Ausland verlegen und dort ein politisches Amt übernehmen sollten. Dieselbe Verpflichtung besteht auch dann, wenn Sie ins Ausland umziehen und dem Inhaber eines hohen politischen Amtes nahe stehen.

§ 17 Welche Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir Ihnen die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt beispielsweise bei:

- Ausstellen eines neuen Versicherungsscheins
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufem im SEPA-Lastschriftverfahren

(2) Im Einzelnen werden von uns derzeit nachfolgende Gebühren erhoben:

- für nachträgliche Eintragung oder Änderung von Begünstigungsvermerken, Änderungen des Inhalts des Versicherungsscheins, Ausstellung der Ersatzpolicen usw., neben dem Ersatz der Postgebühren, eine Gebühr von 2,50 EUR. Wir können die Vorauszahlung der Gebühr verlangen;
- für Abschriften der ortsüblichen Sätze und die Erstattung der mit der Übersendung verbundenen Postgebühren;
- Mahngebühren von 10 EUR und die Erstattung der mit der Mahnung verbundenen Postgebühren.

(3) Wird im Fall einer Scheidung eine interne Teilung von Anrechten aus diesem Vertrag nach § 10 Versorgungsausgleichgesetz durchgeführt, so fallen Teilungskosten an. Sie belaufen sich auf 2 % des in Euro ausgewiesenen sogenannten Ehezeitanteils, mindestens 200 EUR, höchstens 500 EUR. Ausgleichspflichtige und ausgleichsberechtigte Person tragen diese Kosten jeweils hälftig. Eine Hälfte wird mit dem Deckungskapital dieses Ver-

trages, die andere Hälfte im Rahmen des für die ausgleichsberechtigte Person zu begründenden Anrechts mit dem sogenannten Ausgleichswert verrechnet.

(4) Wir sind berechtigt, nach billigem Ermessen die vorgenannten Gebühren zu ändern. Über eine Änderung benachrichtigen wir Sie unaufgefordert.

(5) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

(6) Die vereinbarten Leistungen sind kalkuliert auf der Grundlage der bei Abschluss des Vertrages für diesen geltenden Gebühren, Steuern oder sonstigen öffentlichen Abgaben (nachfolgend vereinfacht: Abgaben). Sollten nach Abschluss dieses Vertrages neue Abgaben eingeführt werden, die den Vertrag betreffen und/oder sich auf ihn auswirken, gilt Folgendes: Beziehen sich die Abgaben auf den Beitrag, sind wir berechtigt, diese zusätzlich in Rechnung zu stellen. Beziehen sich die Abgaben auf das Deckungskapital des Vertrages, sind wir berechtigt das Deckungskapital mit den Abgaben zu belasten. Beziehen sich die Abgaben auf die Leistung, sind wir berechtigt, diese mit den Abgaben zu belasten. Diese Rechte bestehen nicht, wenn die gesetzlichen Grundlagen, mit denen die jeweilige Abgabe eingeführt wird, bindende Vorgaben dafür enthalten, wie mit der jeweiligen Abgabe in Bezug auf den Vertrag zu verfahren ist.

(7) Absatz 6 Sätze 3 bis 6 gelten entsprechend, wenn sich durch die Änderung der tatsächlichen Verhältnisse während der Laufzeit des Vertrages, die in der Person des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person – beispielsweise einen Umzug – eintreten, Abgaben ergeben, die bei Abschluss des Vertrages nicht bestanden haben.

§ 18 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

Einmal jährlich, erstmals zum Ende des 1. Versicherungsjahres, erhalten Sie von uns eine Wertbestätigung Ihres Vertrages. Diese informiert Sie über den jeweils aktuellen Stand Ihres Vertrages.

§ 19 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 20 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Vertrag zuständigen Niederlassung. 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) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Vertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort

Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens und der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 21 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

Ihre Ansprüche aus dem Vertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Ist ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

§ 22 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewährt bzw. leistet Zurich aus diesem Vertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Gunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Wirtschafts- oder Handelsanktionen verletzt werden können.

1) Diese beträgt zurzeit: 300 EUR bei jährlicher Rentenzahlungsweise; 150 EUR bei halbjährlicher Rentenzahlungsweise; 75 EUR bei vierteljährlicher Rentenzahlungsweise; 25 EUR bei monatlicher Rentenzahlungsweise.

Bei einem weiterhin bestehenden Einschluss einer dynamischen Anpassung verdoppeln sich bei jährlicher, halbjährlicher bzw. vierteljährlicher Rentenzahlungsweise die oben genannten Beträge.

2) Die Zusatzsumme ist die Summe der jeweils zugeteilten und zum Ende der Aufschubzeit mit dem Rechnungszins verzinnten Grundüberschüsse.

3) Die Grundsumme ist die Kapitalabfindung der Rentenversicherung ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung. Der Anteil entspricht dem Verhältnis von abgelaufener Dauer zur gesamten Aufschubzeit. Erhöhungen aus der Dynamik werden entsprechend berücksichtigt.

4) Je nach Beitragszahlungsweise werden derzeit folgende Mindestbeiträge als angemessen angesehen: bei monatlicher Zahlung: 10 EUR; bei vierteljährlicher Zahlung: 15 EUR; bei halbjährlicher Zahlung: 30 EUR; bei jährlicher Zahlung: 60 EUR

5) Diese beträgt zurzeit: 60 EUR bei jährlicher Rentenzahlungsweise; 30 EUR bei halbjährlicher Rentenzahlungsweise; 15 EUR bei vierteljährlicher Rentenzahlungsweise; 5 EUR bei monatlicher Rentenzahlungsweise.

Bei einem weiterhin bestehenden Einschluss einer dynamischen Anpassung verdoppeln sich bei jährlicher, halbjährlicher bzw. vierteljährlicher Rentenzahlungsweise die oben genannten Beträge.

Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung

in der Rentenversicherung (Konsortialversicherung) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

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

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich nach dem vereinbarten Modell:

▪ Modell Bn

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung gemäß der Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

▪ Modell K

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz auf Grundlage des letzten vereinbarten Beitrags des vorhergehenden Kalenderjahres. Der Beitrag nach dynamischer Anpassung beträgt jedoch maximal 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

▪ Modell Kn

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz auf Grundlage des letzten vereinbarten Beitrags des vorhergehenden Kalenderjahres. Der Beitrag nach dynamischer Anpassung beträgt maximal 8 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Leistungen ohne Gesundheitsprüfung (vgl. § 3).

(3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen erfolgen jeweils einmal im Kalenderjahr, wobei im Kalenderjahr des Vertragsschlusses noch keine Anpassung stattfindet.

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

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Leistungen errechnet sich unter Berücksichtigung des am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters¹⁾ der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und der Restaufschubzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmebedingungen unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der planmäßigen Erhöhung für diese dann gelten.

Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Jede dynamische Erhöhung bildet mit der zugrunde liegenden Versicherung eine Einheit.

(2) Mit jeder Beitragssteigerung erhöhen sich alle versicherten Leistungen aus der Hauptversicherung sowie aus ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Das Leistungsverhältnis einer ggf. eingeschlossenen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Hauptversicherung, jeweils ohne Berücksichtigung von zugeteilten Überschüssen, bleibt durch die Erhöhung unverändert.

(3) Bei einer Erhöhung können Angaben zum garantierten Rückkaufswert und zu den beitragsfreien Leistungen nicht mehr der dem Persönlichen Vorschlag enthaltenen Tabelle entnommen werden.

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

(1) Alle im Rahmen des Vertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), die Besonderen Bedingungen ggf. eingeschlossener Zusatzversicherungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Leistungen.

Die Regelungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu den Abschlusskosten finden bei der planmäßigen Anpassung dem Grunde und der Höhe nach entsprechende Anwendung.

(2) Die Erhöhung der Leistungen aus dem Vertrag setzt die Fristen bei Verletzung der Anzeigepflicht (vgl. § 8 AVB) und Selbsttötung (vgl. § 7 AVB) nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden die Erhöhungen ausgesetzt?

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

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

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

(4) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ/EUZ) mit eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit Leistungen aus der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbracht werden. Gleiches gilt während einer vereinbarten Karenzzeit.

Haben Sie jedoch die Dynamik im Leistungsfall der Beitragsbefreiung bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit ausdrücklich mit uns vereinbart, werden die Erhöhungen auch durchgeführt, solange Anspruch auf Leistungen aus der Beitragsbefreiung besteht. Einzelheiten sind in den jeweiligen Besonderen Bedingungen für die BUZ bzw. EUZ geregelt.

1) Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Allgemeine Steuerhinweise zu Direktversicherungen

für die aufgeschobene- und die sofort beginnende Rentenversicherung (Konsortialversicherung) – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2020)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Nachfolgende Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden (§ 3 StBerG).

A. Einkommensteuer

I. Steuerliche Behandlung der Beiträge

Beiträge zu Direktversicherungen sind beim Arbeitgeber als Betriebsausgaben abzugsfähig. Ansprüche aus einer Direktversicherung sind vom Arbeitgeber nicht zu aktivieren, soweit sie dem Arbeitnehmer aufgrund seines Bezugsrechts zugerechnet werden. Sind die Ansprüche aus einer Direktversicherung teilweise dem Arbeitgeber zuzurechnen, müssen sie bei Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich als Ansprüche aus Lebensversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, aktiviert werden.

Beiträge, die ein inländischer Arbeitgeber zu einer Direktversicherung entrichtet, unterliegen der Lohnsteuer. Dagegen bleiben Beiträge des Arbeitgebers aus dem ersten Dienstverhältnis für eine Direktversicherung zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, bei der eine Auszahlung der zugesagten Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgungsleistung in Form einer Rente oder eines Auszahlungsplans vorgesehen ist, im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei. Danach können Beiträge im Kalenderjahr in Höhe von bis zu 8 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) steuerfrei bleiben. Dies gilt nicht, soweit der Arbeitnehmer nach § 1 a Absatz 3 des Betriebsrentengesetzes verlangt hat, dass die Voraussetzungen für eine Förderung nach § 10 a oder Abschnitt XI EStG erfüllt werden.

Sofern bereits eine steuerliche Förderung nach § 40 b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung genutzt wird, verringert sich der Höchstbetrag entsprechend um diese Zuwendungen. Aus Anlass der Beendigung des Dienstverhältnisses geleistete Beiträge zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung sind steuerfrei, soweit sie 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) vervielfältigt mit der Anzahl der Kalenderjahre, in denen das Dienstverhältnis des Arbeitnehmers zu dem Arbeitgeber bestanden hat, höchstens jedoch zehn Jahre, nicht übersteigen. Der Höchstbetrag ist nicht anzuwenden für Nachholungsbeiträge aus Anlass der Beendigung eines Dienstverhältnisses, soweit eine steuerliche Förderung nach § 40 b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung genutzt wird.

Beiträge, die für Kalenderjahre nachgezahlt werden, in denen das erste Dienstverhältnis ruhte und vom Arbeitgeber im Inland kein steuerpflichtiger Arbeitslohn bezogen wurde, sind steuerfrei, soweit sie 8 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West), vervielfältigt mit der Anzahl dieser Kalenderjahre, höchstens jedoch zehn Kalenderjahre, nicht übersteigen. Übersteigen die Beitragszahlungen die o. g. Grenzen des § 3 Nr. 63 EStG, unterliegen sie insoweit der Lohnsteuer. Wird während der Aufschubzeit ein vereinbartes Kapitalwahlrecht ausgeübt, unterliegt diese insoweit der individuellen Einkommensteuer des Arbeitnehmers.

Sozialabgabenfrei sind die Beiträge zu einer Direktversicherung bis maximal 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

Förderbeitrag

Arbeitgeber dürfen vom Gesamtbetrag der einzubehaltenden Lohnsteuer für jeden Arbeitnehmer mit einem ersten Dienstverhältnis 30 % des zusätzlichen Arbeitgeberbeitrages zur kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, höchstens 288 EUR entnehmen und bei der nächsten Lohnsteuer-Anmeldung gesondert absetzen. Voraussetzung ist, dass:

1. der Arbeitslohn des Arbeitnehmers im Inland der Lohnsteuer unterlag,
2. der Arbeitgeber für den Arbeitnehmer zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn im Kalenderjahr mindestens einen Betrag in Höhe von 240 EUR (maximal 960 EUR) an einem Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder für eine Direktversicherung zahlt,
3. im Zeitpunkt der Beitragsleistung der Arbeitslohn nicht mehr beträgt als
 - a) 85,84 EUR bei einem täglichen Lohnzahlungszeitraum,
 - b) 600,84 EUR bei einem wöchentlichen Lohnzahlungszeitraum,
 - c) 2.575,00 EUR bei einem monatlichen Lohnzahlungszeitraum oder
 - d) 30.900,00 EUR bei einem jährlichen Lohnzahlungszeitraum.
4. eine Auszahlung der zugesagten Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgungsleistungen in Form einer Rente oder eines Auszahlungsplans (§ 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz) vorgesehen ist.

II. Steuerliche Behandlung der Leistungen

Sofern und soweit die Beiträge zu einer Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei gestellt sind, ist die Versicherungsleistung (Todesfallleistung, Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgungsleistung) nach § 22 Nr. 5 EStG in voller Höhe zu versteuern.

Sofern und soweit die Beiträge zu einer Direktversicherung nicht nach § 3 Nr. 63 EStG steuerlich gefördert wurden, wird die Rentenleistung nach § 22 Nr. 5 Satz 2 a EStG mit dem Ertragsanteil aus § 22 Nr. 1 Satz 3 a bb EStG besteuert.

Weitere Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den „Allgemeine Steuerhinweise für die aufgeschobene Rentenversicherung (Konsortialversicherung) – Private Vorsorge“ bzw. den „Allgemeine Steuerhinweise für die sofort beginnende Rentenversicherung (Konsortialversicherung) – Private Vorsorge“.

Rentenbezugsmitteilung

Versicherungsunternehmen sind gemäß § 22 a EStG verpflichtet, der Zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum letzten Tag des Monats Februar des Folgejahres die für den Besteuerungszeitraum zugeflossenen Leibrenten und deren Empfänger zu melden (Rentenbezugsmitteilung).

B. Erbschaftsteuer

Zuwendungen an den Arbeitnehmer aus einer Direktversicherung sind nicht erbschaftsteuerpflichtig. Zuwendungen an Witwen oder Waisen des Arbeitnehmers als bezugsberechtigte Personen einer Direktversicherung sind ebenfalls nicht erbschaftsteuerpflichtig, soweit sie angemessen sind. Erwerben die Hinterbliebenen des Arbeitnehmers die Leistungen aus einer Direktversicherung aus dem Nachlass des Arbeitnehmers, unterliegen die Leistungen der Erbschaftsteuer. Leistungen aus Direktversicherungen, die an Witwen oder Waisen von beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern einer Kapitalgesellschaft gezahlt werden, unterliegen unabhängig vom Rechtsgrund des Erwerbs stets der Erbschaftsteuer. Ob sich aus den Hinterbliebenenleistungen eine Erbschaftsteuerschuld tatsächlich ergibt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

C. Versicherungsteuer

Beiträge zu Direktversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer.

D. Umsatzsteuer

Beiträge zu Direktversicherungen und Leistungen aus Direktversicherungen, die ein Arbeitgeber zugunsten seiner Arbeitnehmer abgeschlossen hat, sind umsatzsteuerfrei.

Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht

A. Anpassungsprüfungspflicht

Gemäß § 16 Betriebsrentengesetz hat der Arbeitgeber die grundsätzliche Verpflichtung, laufende Versorgungsleistungen alle drei Jahre hinsichtlich einer Anpassung zu prüfen. § 16 Absatz 3 Betriebsrentengesetz regelt allerdings, dass diese Prüfungspflicht entfällt, wenn

- der Arbeitgeber sich verpflichtet, laufende Leistungen jährlich um mindestens 1 % zu erhöhen,
- bei einer Direktversicherung alle ab Rentenbeginn anfallenden Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Leistungen verwendet werden. Bei einer Entgeltumwandlung ist diese Gewinnverwendung zwingend vorgeschrieben,
- eine Beitragszusage mit Mindestleistung erteilt wurde.

B. Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für Rentner

Sämtliche Leistungen aus einer betrieblichen Altersversorgung unterliegen der Beitragspflicht für Kranken- und Pflegeversicherung, sofern der Leistungsempfänger freiwillig oder pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Dies gilt nicht für Leistungen, die auf Beiträgen beruhen, die der Arbeitnehmer privat geleistet hat während der Vertrag auf ihn als Versicherungsnehmer übertragen war.

Allgemeine Steuerhinweise

für die aufgeschobene Rentenversicherung (Konsortialversicherung) – Private Vorsorge und Rückdeckungsversicherung

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2020)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Nachfolgende Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden (§ 3 StBerG).

A. Einkommensteuer

Sofort beginnende Rentenversicherungen und Rentenversicherungen mit aufgeschobener Rentenzahlung

Die laufenden und einmaligen Beiträge zu diesen Rentenversicherungen können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben abgezogen werden. Leibrenten aus oben genannten Versicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil (§ 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG) der Einkommensteuer. Mit dem Ertragsanteil werden nur die Erträge aus den laufenden Renten erfasst. Erträge, die während einer Aufschubzeit erzielt werden, unterliegen nicht der Besteuerung. Werden Leibrenten nach dem Tod der versicherten Person während einer Rentengarantiezeit weitergezahlt, unterliegen diese Renten weiterhin mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Todesfallleistungen während einer Aufschubzeit sind einkommensteuerfrei.

Nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG gehört zu den Einkünften aus Kapitalvermögen der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (Erträge) im Erlebensfall oder bei Rückkauf des Vertrages bei Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht, soweit nicht die Rentenzahlung gewählt wird. Bei fondsgebundenen Versicherungen sind 15 % des Unterschiedsbetrages steuerfrei oder dürfen nicht bei der Ermittlung der Einkünfte abgezogen werden, soweit der Unterschiedsbetrag aus Investorserträgen stammt. Von den zu versteuernden Erträgen müssen wir 25 % Kapitalertragsteuer sowie Solidaritätszuschlag zuzüglich ggf. Kirchensteuer mit abgeltender Wirkung einbehalten (Abgeltungsteuer). Diese führen wir an das zuständige Finanzamt ab.

Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von 12 Jahren seit dem Vertragsabschluss ausgezahlt, ist die Hälfte des Unterschiedsbetrages steuerpflichtig. Bei Auszahlungen müssen wir auf den vollen Unterschiedsbetrag 25 % Kapitalertragsteuer sowie Solidaritätszuschlag zuzüglich ggf. Kirchensteuer als Vorabsteuer einbehalten und an das zuständige Finanzamt abführen. Sofern der persönliche Steuersatz des Steuerpflichtigen unter dem 25%igen Abgeltungsteuersatz liegt, kann dieser Steuereinbehalt auf Antrag bei der Einkommensteuererklärung als Vorauszahlung angerechnet werden. Liegen die Voraussetzungen für die Besteuerung des hälftigen Unterschiedsbetrages vor, sind die Erträge in die Steuererklärung

aufzunehmen. Die Hälfte des Unterschiedsbetrags wird bei der Einkommensteuerveranlagung nach dem tariflichen Einkommensteuersatz versteuert. Einbehaltene Steuerabzugsbeträge werden als Vorauszahlung angerechnet.

Darüber hinaus müssen wir auch die Kirchensteuer (KiSt) einbehalten und an das Finanzamt abführen. Hierzu fragen wir bei Ablauf oder Kündigung der Versicherung beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) ab, ob der Steuerpflichtige einer Religionsgemeinschaft angehört und welcher Kirchensteuersatz gilt. **Der Steuerpflichtige kann beim BZSt, unter Angabe seiner Identifikationsnummer nach amtlich vorgeschriebenem Vordruck schriftlich beantragen, dass der automatisierte Datenabruf seiner Religionszugehörigkeit bis auf schriftlichen Widerruf unterbleibt (Sperrvermerk).** Der Sperrvermerk muss bis zu zwei Monate vor der elektronischen Abfrage gesetzt sein. Der Sperrvermerk verpflichtet den Kirchensteuerpflichtigen, eine Steuererklärung zur Veranlagung der Kirchensteuer abzugeben.

Für fondsgebundene Rentenversicherungen gelten obige Aussagen entsprechend.

Zusatzversicherungen zu Rentenversicherungen

Beiträge, die auf eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und/oder eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung entfallen, können im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a i. V. m. § 10 Abs. 4 EStG).

Rentenleistungen aus Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern.

Rentenleistungen aus Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherungen unterliegen mit dem Ertragsanteil für Leibrenten (§ 22 Nr. 1 Satz 3a) bb) EStG der Einkommensteuer.

Rentenbezugsmitteilung

Versicherungsunternehmen sind gemäß § 22a EStG verpflichtet, der Zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum letzten Tag des Monats Februars des Folgejahres die für den Besteuerungszeitraum zugeflossenen Leibrenten und deren Empfänger zu melden (Rentenbezugsmitteilung).

B. Erbschaftsteuer/Schenkungssteuer

Ansprüche oder Leistungen aus Rentenversicherungen und evtl. Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, eine Finanzamtsmitteilung zu machen bei Auszahlung oder zur Verfügungstellung von Versicherungssummen über 5.000 EUR an eine andere Person als den Versicherungsnehmer.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Beiträge zu Lebens- und Rentenversicherungen oder Ansprüche aus diesen Versicherungen, welche durch eine andere Person als den Versicherungsnehmer erbracht werden, sind schenkungssteuerpflichtig, soweit es sich nicht z. B. um Gelegenheitsgeschenke oder Schenkungen zum Bestreiten des Unterhalts und der Ausbildung handelt. Nach § 30 ErbStG ist der Schenker

oder Beschenkte verpflichtet, innerhalb von drei Monaten eine Anzeige beim zuständigen Finanzamt über die Schenkung abzugeben. Dies gilt insbesondere, wenn der Wert der einzelnen Schenkung unter dem zulässigen Freibetrag nach § 16 ErbStG ist, aber der gleiche Beschenkte innerhalb von 10 Jahren weitere Schenkungen/Erbschaften erhält, welche in Summe dann größer als der Freibetrag sind. Einer Anzeige nach § 30 ErbStG bedarf es nicht, wenn die Schenkung auf einem von einem deutschen Gericht, Notar oder Konsul eröffneten Testament oder auf einer gerichtlichen oder notariell beurkundeten Schenkung unter Lebenden beruht.

C. Versicherungsteuer

Beiträge zu Rentenversicherungen und Beiträge zu den Zusatzversicherungen sind von der Versicherungsteuer befreit.

Besondere Bedingungen

für die Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (BUZ) zur Konsortialversicherung als Hauptversicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

Alleiniger Vertragspartner der BUZ ist die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG. Die weiteren an der Hauptversicherung beteiligten Versicherer sind nicht Vertragspartner der BUZ.

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?
- § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?
- § 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?
- § 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 10 Wann können Sie in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?
- § 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 12 Können die Beiträge angepasst werden?
- § 13 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?
- § 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer¹⁾ zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir – je nach vertraglicher Vereinbarung – folgende Leistungen:

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (BUZ-B)

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen.

Werden nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit Leistungen erbracht, so muss nach Ablauf der für die Beitragsbefreiung vereinbarten Leistungsdauer²⁾ trotz einer gegebenenfalls weiter bestehenden Berufsunfähigkeit die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und die gegebenenfalls eingeschlossenen Zusatzversicherungen wieder aufgenommen werden, sofern die Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet ist.

Berufsunfähigkeits-Rente (BUZ-R)

Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Leistungen.

Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

(2) Wir bieten der versicherten Person bei Eintritt von Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 kostenlos eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch von uns beauftragte anerkannte Spezialisten an. Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll bestätigte Maßnahmen werden von unseren Spezialisten eingeleitet und begleitet. Maßnahmen sind sinnvoll, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass dadurch die Aufnahme einer Berufstätigkeit erfolgen kann. Wir übernehmen während der Versicherungsdauer die Kosten für eine vollständig durchgeführte Maßnahme. Die Kosten übernehmen wir jedoch maximal bis zum sechsfachen der vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Entstehen des Anspruchs

(3) Der Anspruch auf Leistung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Bei einer eventuell vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf die Leistungen frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Endet die Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt. Ebenso setzt der Beginn einer eventuell vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Monats ein, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Leistungen während der Wartezeit nur, wenn der Eintritt der Berufsunfähigkeit allein auf ein nach Beginn der Versicherung eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen ist (vgl. Absatz 9). Tritt Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund vor Ablauf der Wartezeit ein, erlischt die BUZ zu diesem Zeitpunkt. Die bis zu diesem Zeitpunkt bereits gezahlten Beiträge werden nicht zurückerstattet. Für eine nach Ablauf der Wartezeit eintretende Berufsunfähigkeit leisten wir unabhängig von deren Ursache, soweit in § 3 Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

Erlöschen des Anspruchs

(4) Der Anspruch auf Leistung erlischt mit Ablauf des Monats, in dem der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das erforderliche Ausmaß (vgl. § 2 Absatz 8) sinkt, wenn die versicherte Person stirbt oder die jeweilige Leistungsdauer der BUZ endet.

Verspätete Anzeige

(5) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer der Anspruch auf Berufsunfähigkeit angemeldet, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so erbringen wir die Leistung, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Beitragszahlung während Anspruchsprüfung

(6) Während der Dauer der Anspruchsprüfung stunden wir – auf Ihren Antrag in Textform hin – die fälligen Beiträge zinslos bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gemäß § 5. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung stunden wir die Beiträge darüber hinaus bis zum rechtsverbindlichen Abschluss des Verfahrens, höchstens jedoch für eine Dauer von insgesamt fünf Jahren. Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erfolgt in einem Betrag spätestens am Ende des Stundungszeitraumes oder in maximal 24 Monatsraten (Einzelrate mind. 25 EUR). Sofern die Voraussetzungen vorliegen, kann der Ausgleich auf Wunsch durch eine Herabsetzung der Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik erfolgen. Zahlen Sie die Beiträge während der Anspruchsprüfung weiter, so werden wir diese bei Feststellung oder Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Dynamik im Leistungsfall von BUZ-B

(7) Haben Sie mit uns die dynamische Anpassung bei Berufsunfähigkeit vereinbart, so gilt Folgendes:

- a) Voraussetzung für die Dynamik im BUZ-B-Leistungsfall ist, dass zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit die planmäßige Erhöhung in die Hauptversicherung eingeschlossen ist.
- b) Die Leistung aus der BUZ-B steigt jährlich um den hierfür vereinbarten Prozentsatz – erstmalig zum Jahrestag, der auf den Monat des Eintritts der Berufsunfähigkeit folgt. Der Mehrbeitrag wird zur Erhöhung der Versicherungssumme der Hauptversicherung verwendet. Die Leistungen der Hauptversicherungen werden somit auch im Falle einer Berufsunfähigkeit weiter erhöht. Einzelheiten zur Berechnung der Erhöhung sind in den Besonderen Bedingungen für die Anpassungsversicherung (vgl. § 3 Absatz 1) festgelegt. Die Erhöhungen erfolgen, solange Anspruch auf Beitragsbefreiung aus BUZ-B besteht.
- c) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Beitragsbefreiung endet, lebt Ihre Pflicht zur Zahlung der Beiträge für die Hauptversicherung und alle Zusatzversicherungen wieder auf. Die Höhe des Beitrags bemisst sich an den zu diesem Zeitpunkt geltenden versicherten Leistungen, einschließlich etwaiger Erhöhungen aus der dynamischen Anpassung im Falle der Berufsunfähigkeit.
- d) Erlischt das Recht auf dynamische Anpassung der Hauptversicherung, so wird das Recht auf die Dynamik im Leistungsfall von BUZ-B ausgeschlossen. Der Beitrag für die BUZ wird dann neu berechnet.

Rentendynamik der BUZ-R im Rentenbezug

(8) Haben Sie mit uns die dynamische Anpassung der Renten bei Berufsunfähigkeit vereinbart, so gilt Folgendes:

- a) Die Erhöhungen erfolgen, solange Leistungen aus der Versicherung erbracht werden. Gleiches gilt auch während der Dauer einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit.
- b) Die garantierten Renten im Rentenbezug steigen um den vereinbarten Prozentsatz jeweils jährlich zur Hauptfälligkeit, die auf den Monat folgt, in dem der Leistungsfall eingetreten ist. Bezugsgröße sind die jeweiligen Vorjahresrenten.

Unfall bei vereinbarter Wartezeit

(9) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- a) ein Gelenk verrenkt wird oder
- b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- a) Unfälle, die auf Geistes- oder Bewusstseinsstörungen zurückzuführen sind, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Absatz 9 Satz 1 die überwiegende Ursache ist.
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- d) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren. Infektionen:
Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie verursacht wurden
– Insektenstiche oder -bisse oder
– sonstige Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind, und durch welche Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangt sind. Für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung; ebenso entfällt diese Einschränkung, wenn die Krankheitserreger durch ein unter Absatz 9 Satz 1 fallendes Unfallereignis in den Körper gelangt sind.
- e) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- f) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- g) Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

Leistungen infolge Wegfalls von Krankentagegeldzahlungen durch den privaten Krankenversicherer (Überbrückungshilfe)

(10) Hat die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer erworben und wird diese Zahlung eingestellt, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung vorliegt, erbringen wir Leistungen in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und gewähren Beitragsbefreiung als Überbrückungshilfe.

Überbrückungshilfe kann nur dann beantragt werden, wenn zeitgleich Leistungen infolge Berufsunfähigkeit beantragt werden.

Entstehen des Anspruchs

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Krankentagegeldzahlungen des privaten Krankenversicherers entfallen. Geht uns diese Entscheidung erst nach der Leistungseinstellung zu, so entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe erst mit Beginn des Monats des Zugangs, sofern zu diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz besteht.

Dies gilt nicht, wenn die verspätete Meldung ohne schuldhaftes Versäumen der versicherten Person erfolgt ist.

Ein Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht nicht, wenn wir für den in Frage kommenden Zeitraum der Überbrückungshilfe bereits Leistungen infolge Berufsunfähigkeit erbringen oder erbracht haben.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe während der Wartezeit nur, wenn die Krankentagegeldzahlungen des privaten Krankenversicherers allein auf ein in der Wartezeit eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen sind (vgl. Absatz 9).

Erlöschen des Anspruchs

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht bis zu dem Ablauf des Monats unserer Leistungsentscheidung, maximal jedoch für 12 Monate. Der Anspruch auf Überbrückungshilfe endet ferner, wenn die versicherte Person stirbt oder die Leistungsdauer der Versicherung endet.

Ein Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht nicht, wenn wir für den Zeitraum der Überbrückungshilfe Leistungen infolge Berufsunfähigkeit erbringen oder erbracht haben.

Bei einer rückwirkenden Anerkennung von Berufsunfähigkeit rechnen wir erbrachte Überbrückungshilfe auf diese Leistungen an. Ergibt unsere Prüfung, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, müssen als Überbrückungshilfe erbrachte Leistungen nicht zurückgezahlt werden. Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Leistungen bei Überbrückungshilfe.

Überbrückungshilfe wird während der Versicherungsdauer nur einmal gezahlt.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben. Als Berufe zählen auch die Tätigkeiten von Auszubildenden und Studierenden. Auch bei diesen Berufen kommt es darauf an, wie sie unmittelbar vor Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung konkret ausgestaltet waren. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Konkrete Verweisung

Übt die versicherte Person eine andere ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Für Auszubildende gilt: Absolviert die versicherte Person eine andere berufliche oder schulische Ausbildung, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Für Studierende gilt: Betreibt die versicherte Person ein anderes Studium, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht oder übt sie eine andere, ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen

Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Als eine der Ausbildung und der Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird im Regelfall eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht deutlich unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs liegt. Bei der Entscheidung über die Vergleichbarkeit berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls in Anlehnung an die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Die zumutbare Einkommensminderung beträgt maximal 20 %.

Für Auszubildende, die sich bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in der zweiten Hälfte der jeweiligen Ausbildungszeit eines in Deutschland staatlich anerkannten Ausbildungsberufes befinden, gilt: Zur Beurteilung der Lebensstellung wird diejenige Vergütung und soziale Wertschätzung herangezogen, die Auszubildende normalerweise unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung mit Eintritt in den Beruf erreichen, zu dem diese Ausbildung befähigt.

Für Studierende wird zur Beurteilung der Lebensstellung diejenige Vergütung und soziale Wertschätzung herangezogen, die Studierende normalerweise unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss des Studiums mit Eintritt in einen Beruf erreichen, zu dem dieses Studium befähigt, und der mit dem belegten Studiengang angestrebt wird, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die versicherte Person ist bei Eintritt der Berufsunfähigkeit an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Dualen Hochschule (DH) immatrikuliert;
- die versicherte Person befindet sich bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in der zweiten Hälfte der von der jeweiligen Prüfungs- und Studienordnung vorgesehenen Studienzzeit.

Berufsunfähigkeit Selbständiger

Für Selbständige gilt: Für die Feststellung, ob die versicherte Person berufsunfähig ist, kommt es neben der konkreten Ausgestaltung der Tätigkeit auch auf die Direktions- und Organisationshoheit an. Wenn der Arbeitsplatz oder der Tätigkeitsbereich in zumutbarer Weise umorganisiert werden können, oder umorganisiert sind, so dass der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt, der der Lebensstellung entspricht, liegt ebenso keine Berufsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf vor. Ist eine Umorganisation tatsächlich erfolgt, die der versicherten Person einen ausreichenden Tätigkeitsbereich lässt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt auch keine Berufsunfähigkeit vor.

Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf das Unternehmen realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Inwieweit der erforderliche oder eingesetzte Kapitalaufwand erheblich ist, beurteilt sich an den Umständen des Einzelfalles.

Als eine der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht deutlich unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs liegt. Bei der Entscheidung über die Vergleichbarkeit berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls in

Anlehnung an die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Die zumutbare Einkommensminderung beträgt maximal 20 %.

Wir verzichten auf die Prüfung einer möglichen Umorganisation, wenn der Selbständige in den letzten drei Jahren vor Beginn der zur Berufsunfähigkeit führenden Erkrankung ununterbrochen mindestens zehn Vollzeitmitarbeitende beschäftigt hat.

Auf eine Prüfung einer möglichen Umorganisation verzichten wir – unabhängig von der Anzahl der Mitarbeiter – ebenfalls bei

- Rechts- und Patentanwälten,
- Notaren,
- Wirtschaftsprüfern,
- vereidigten Buchprüfern,
- Steuerberatern und Steuerbevollmächtigten.

Wir verzichten ferner auf die Prüfung einer möglichen Umorganisation, wenn der Selbständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit, – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – mindestens zu 90 % kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausgeübt hat.

Ist eine Umorganisation tatsächlich erfolgt, die der versicherten Person einen ausreichenden Tätigkeitsbereich lässt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Einmalige Hilfe nach Umorganisation

Wenn der Anspruch auf Leistung infolge Berufsunfähigkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil die versicherte Person ihren Betrieb umorganisieren könnte oder umorganisiert hat, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Hierfür müssen Sie eine Rente mitversichert haben, und die Leistungsdauer muss noch mindestens zwölf Monate betragen. Wird die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten nach Gewährung der einmaligen Hilfe aus dem gleichen medizinischen Grund berufsunfähig, rechnen wir die einmalige Hilfe auf die Leistung infolge Berufsunfähigkeit an.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.

(3) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit, es sei denn, sie übt eine andere ihrer Ausbildung, Erfahrung und Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret aus.

Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

(4) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden wegen einer eingetretenen Berufsunfähigkeit Leistungen beantragt, gilt für die Frage, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, die Definition in Absatz 1 bis 3 entsprechend. Dabei werden der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf und die damit zu diesem Zeitpunkt erreichte Lebensstellung zu Grunde gelegt. Eine Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit wegen Mutterschutz, Elternzeit, Wehr- oder Bundesfreiwilligendienst oder aus vergleichbarem Anlass ist kein Ausscheiden aus dem Berufsleben im Sinne von Satz 1.

Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots

(5) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn

- eine behördliche Verfügung der versicherten Person gem. § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit fortzuführen,
- sich dieses Verbot auf einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt, und
- die versicherte Person auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung (vgl. § 2 Abs. 1) entspricht.

Die Prüfung der Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots erfolgt auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in der Fassung vom 27.03.2020.

Betrifft das Tätigkeitsverbot nur einen Teil der bisherigen Berufstätigkeit, liegt auch nur teilweise Berufsunfähigkeit vor.

Leistung infolge Pflegebedürftigkeit

(6) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der Absätze 8 bis 10 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(7) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer infolge Pflegebedürftigkeit berufsunfähig (vgl. Absatz 6) und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, so erbringen wir dennoch – je nach vertraglicher Vereinbarung – die in § 1 Absatz 1 genannten Versicherungsleistungen.

(8) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für eine der in Absatz 9 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(9) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der täglichen persönlichen Hilfe. Dabei wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim ...

- Fortbewegen im Zimmer
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
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken kann.
- Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem

Stuhlgang nicht allein säubern kann, 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 Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor. Dies gilt ebenso, wenn die Entleerung des Darms nur durch eine Stomaversorgung oder die Entleerung der Blase nur durch Einsatz eines Katheters möglich ist.

(10) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Tabelle liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

Leistung infolge voller Erwerbsminderung

(11) Wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind, gilt die versicherte Person ebenfalls als berufsunfähig:

- Die versicherte Person erhält eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung von der Deutschen Rentenversicherung gemäß § 43 Abs. 2 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 22.03.2020. Danach liegt eine volle Erwerbsminderung vor, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.
- Die versicherte Person ist bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt.
- Dieser Vertrag besteht bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung seit mindestens 10 Jahren und hat eine Restlaufzeit (Versicherungsdauer) von höchstens 15 Jahren.
- Die versicherte Person muss uns auf Verlangen nachweisen, dass ausschließlich ein medizinischer Grund vorliegt.
- Die für Ihren Vertrag geltenden Einschränkungen, Ausschlüsse sowie die vorvertragliche Anzeigepflicht gelten auch für Leistungen wegen voller Erwerbsminderung.

Liegen die Voraussetzungen für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung vor, so zahlen wir die vereinbarte Rente für die Dauer der vollen Erwerbsminderung, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Die Rente wegen voller Erwerbsminderung zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, zu dem die Deutsche Rentenversicherung den Anspruch auf die volle Erwerbsminderungsrente anerkannt hat. Ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, der für den Zeitraum vor Anerkennung durch die Deutsche Rentenversicherung bestanden hat, bleibt hiervon unberührt. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind – auch bei Vorsatz – versichert;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- 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 einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Der Versicherungsschutz für die BUZ besteht weltweit.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Wenn Sie Leistungen aus der BUZ beanspruchen, haben Sie die Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen nachzuweisen. Dazu können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiter können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns alle Angaben machen, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit).

Leistungsregulierung und Nachregulierungen aus diesem Vertrag werden in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen.

Einzureichende Unterlagen, insbesondere ärztliche Berichte und Untersuchungen, werden nur anerkannt, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Sie können uns selbstverständlich kontaktieren, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

(2) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung beantragt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie zum Nachweis über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- bei Studierenden zusätzlich eine Immatrikulationsbescheinigung betreffend den Zeitpunkt der Berufsunfähigkeit, den Nachweis, dass es sich um eine staatlich anerkannte Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Duale Hochschule (DH) handelt, sowie den Nachweis, dass die zweite Hälfte der von der jeweiligen Prüfungs- und Studienordnung vorgesehenen Studienzeit (vgl. § 2 Absatz 1) erreicht ist;
- bei Auszubildenden zusätzlich eine Ausbildungsbescheinigung betreffend den Zeitpunkt der Berufsunfähigkeit, den Nachweis, dass der angestrebte Ausbildungsberuf in Deutschland staatlich anerkannt ist sowie den Nachweis, dass die zweite Hälfte der jeweiligen Ausbildungszeit (vgl. § 2 Absatz 1) erreicht ist;
- Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person, z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen sowie ihre jeweiligen Veränderungen;
- bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
- bei voller Erwerbsminderung zusätzlich einen Bescheid der Deutschen Rentenversicherung, der die Leistung wegen voller Erwerbsminderung und den Beginn der Rentenzahlungen dokumentiert.

Werden Leistungen als Überbrückungshilfe beantragt, benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- die Mitteilung des privaten Krankenversicherers über die Einstellung der Krankentagegeldzahlungen aus medizinischen Gründen wegen Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft

durchgeführt werden. Wenn Sie für die geforderte Untersuchung reisen müssen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Notwendige Feststellungen sind auch Auskünfte oder Aufklärungen und Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen sowie die Auskünfte, die dem Versicherer die Prüfung ermöglichen, ob bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden.

Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder sonstigen Heilbehndlern, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, anderen Personenversicherern und frühere und aktuelle Krankenkassen (gesetzliche und private), Sozialversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten sowie derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann. Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung haben die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist grundsätzlich nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung. Ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten. Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete oder empfohlene, insbesondere operative Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung des Leistungsanspruchs aus dieser Versicherung nicht entgegen.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Arbeitstagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Während der Prüfung Ihres Leistungsanspruchs werden wir Sie über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen informieren. Eine Information über den Sachstand erfolgt spätestens alle vier Wochen.

(3) In Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Ein sachlicher Grund kann sich aus uneindeutigen Nachweisen über das Vorliegen, den Beginn, die Dauer oder den Grad von Berufsunfähigkeit ergeben. Ein sachlicher Grund kann ferner gegeben sein, wenn aus medizinischen, beruflichen bzw. betrieblichen Gründen ein Ende der gesundheitlichen Beeinträchtigungen innerhalb des Befristungs-

zeitraums objektiv zu erwarten ist (z. B. Reha-Maßnahme, Umschulung).

Verweisung und Nachprüfung sind für die Zeit der Befristung ausgeschlossen. Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen fordern wir auch dann nicht zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass sich ein bedingungsgemäßer Anspruch nicht nachweisen ließ.

(4) Wir werden Sie bereits vor Ablauf der Befristung darüber informieren, dass wir nach Ablauf der Befristung das Vorliegen bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit prüfen werden, soweit Sie dieses wünschen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern. Für diese erneute Prüfung gelten die Grundsätze der Erstprüfung

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

(2) Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses nach § 5 erfolgt keine Nachprüfung.

(3) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend.

(4) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, können wir unsere Leistungen einstellen (vgl. § 2 Absätze 7 bis 9). Absatz 6 Satz 3 gilt entsprechend.

(6) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, können wir unsere Leistungen einstellen. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt die versicherte Person können wir die Leistungen bereits mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem der Tod eingetreten ist.

(7) Ist die Berufsunfähigkeit bei Anzeige der Berufsunfähigkeit wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem die Berufsunfähigkeit weggefallen ist.

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus der BUZ bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. **Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.**

§ 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Abweichend von den Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen können wir die dort genannten Rechte (Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung) innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist immer zehn Jahre seit Vertragsabschluss.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die BUZ bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. **Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen mit Beendigung der Aufschubzeit, erlischt auch der Versicherungsschutz aus der BUZ³⁾.**

(2) **Eine BUZ können Sie für sich allein kündigen. In ihren letzten fünf Versicherungsjahren kann die BUZ jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Ein Rückkaufswert steht nicht zur Verfügung. Gegebenenfalls zur Verfügung stehende nicht verbrauchte Beitragsanteile erstatten wir im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung.**

Von dem so ermittelten Betrag wird kein Abzug einbehalten. Beitragsrückstände werden verrechnet.

(3) Eine beitragsfreigestellte BUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – die nicht verbrauchten Beitragsteile im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zurück. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung. Ein Abzug wird nicht erhoben.

Eine BUZ deren Beitragszahlungsdauer abgelaufen ist, können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – die nicht verbrauchten Beitragsteile im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zurück. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung.

Von dem so ermittelten Betrag wird kein Abzug einbehalten. Beitragsrückstände werden verrechnet.

Von der Kündigungsmöglichkeit der BUZ ausgenommen sind Verträge während der beitragsfreien Zeit aufgrund einer anerkannten Berufsunfähigkeit.

(4) Eine Kündigung der BUZ zusammen mit der Hauptversicherung ist nicht möglich, falls es sich bei der Hauptversicherung um eine Rentenversicherung ohne Hinterbliebenenleistung in der Aufschubzeit handelt.

(5) Die BUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die Umwandlung ist jedoch nur möglich, wenn das Deckungskapital der BUZ ausreicht, eine beitragsfreie Mindestrente zu erreichen. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Jahresleistung bei der Rentenversicherung kann sich durch Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ändern. Wird keine beitragsfreie Mindestrente erreicht, erfolgt eine Übertragung der nicht verbrauchten Beitragsteile der BUZ in die Hauptversicherung. Die BUZ erlischt.

Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung der nicht verbrauchten Beitragsteile.

(6) Eine Fortführung der BUZ unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 5 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Andernfalls werden die zu erstattenden Beitragsteile (vgl. Absatz 2) der BUZ zur Erhöhung der beitragsfrei versicherten Leistung(en) der Hauptversicherung und der weiter bestehenden Zusatzversicherungen verwendet.

(7) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 6 entsprechend. Sofern die Leistungen aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise reduziert werden, muss die Leistung einer versicherten Berufsunfähigkeitsrente angepasst werden, wenn die Höchstrente überschritten wird.

(8) Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der BUZ, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung und den ggf. eingeschlossenen sonstigen Zusatzversicherungen (Rückkaufswert, beitragsfreie Leistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(9) Ansprüche aus der BUZ, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung bzw. durch Ablauf der Hauptversicherung nicht berührt.

(10) Ansprüche aus der BUZ können weder abgetreten, verpfändet noch beliehen werden.

(11) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die jeweilige Hauptversicherung sowie ggf. die Besonderen Bedingungen für die Anpassungsversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Wann können Sie in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?

(1) Kündigen Sie oder stellen Sie Ihren Vertrag teilweise oder vollständig beitragsfrei, so können Sie Ihren Berufsunfähigkeitschutz in einem separaten selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung aufrechterhalten.

(2) Für den neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrag gilt:

- Das Ende der Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer bleibt gegenüber der bisherigen Berufsunfähigkeitsversicherung unverändert.
- Der Beitragsberechnung werden das zum Beginn der Versicherung des neuen Vertrags erreichte rechnungsmäßige Alter und der für den Neuzugang offene Tarif mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Dabei ist das rechnungsmäßige Alter die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Beginns der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- Alle sonstigen dem bisherigen Vertrag zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen, wie Risikozuschläge, Risikoabschlüsse und Klauseln, gelten auch für den neuen Vertrag.
- Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente aus dem neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrag darf nicht höher sein als die Differenz zwischen bisheriger Berufsunfähigkeitsrente und beitragsfreier Berufsunfähigkeitsrente dieser BUZ. Bei Beitragsverrechnung als Form der Überschussverwendung im bisherigen Vertrag entspricht dies der garantierten Rente inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik. Bei BU-Bonus als Form der Überschussverwendung entspricht dies der garantierten Rente zuzüglich Bonus, inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik.

(3) Den Antrag auf Abschluss des selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrags können Sie innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung oder der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung stellen. Bei Wiederinkraftsetzung Ihrer Hauptversicherung kann die BUZ nicht ohne erneute Risikoprüfung reaktiviert werden. Der Berufsunfähigkeitsschutz bleibt im separaten Vertrag versichert.

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Überschussermittlung

(1) Die Überschussermittlung erfolgt entsprechend der Hauptversicherung (vgl. den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung).

Überschussbeteiligung

(2) Die BUZ ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zum Gewinnverband 810 in der Bestandsgruppe 14. Die Festlegung und Änderung der Überschussbeteiligung erfolgt nach den gleichen Grundsätzen wie bei der Hauptversicherung. Zusätzlich erfolgt bei der BUZ eine Differenzierung der Überschussbeteiligung nach Berufsgruppen. Maßgebend für die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe ist der im Antrag festgehaltene Beruf mit Angabe der Tätigkeit. In einzelnen Versicherungs-

jahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

(3) Die BUZ-Vertragsteile B und R sind entsprechend der vertraglichen Vereinbarung – siehe hierzu auch die Police – an dem erwirtschafteten Überschuss beteiligt:

Beitragsverrechnung

Zu Beginn eines jeden Beitragszahlungsabschnitts wird ein Zusatzüberschussanteil zugeteilt. Bezugsgröße ist der zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuelle Bruttobeitrag.

Verwendung: Der Überschussanteil vermindert den zu zahlenden Beitrag bzw. die Beitragsrate. Sie zahlen also nicht den vollen, sondern nur einen ermäßigten Beitrag. Die Höhe der Ermäßigung kann allerdings nicht für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert werden.

Wird eine Versicherung beitragsfrei gestellt, und galt bisher die Beitragsverrechnung als vereinbart, so erfolgt automatisch der Wechsel zur Überschussverwendungsform „Verzinsliche Ansammlung“.

Verzinsliche Ansammlung

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – wird ein Zusatzüberschussanteil fällig. Bezugsgröße ist der Risikobeitrag des Vorjahres.

Beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem Zusatzüberschussanteil zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil. Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigten Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der BUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Leistung der Hauptversicherung verwendet.

Berufsunfähigkeitsbonus (BU-Bonus)

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird ein BU-Bonus festgelegt. Bezugsgröße hierfür ist die versicherte Leistung des betreffenden Versicherungsjahres.

Solange kein Leistungsbezug erfolgt, wird der BU-Bonus Jahr für Jahr neu festgelegt. Führt eine Neufestlegung der jährlichen Überschussanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so haben Sie das Recht – sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist – die garantierte Berufsunfähigkeitsrente zur nächsten Beitragsfälligkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass die Höhe des bisherigen Berufsunfähigkeits-schutzes (einschließlich Bonus) erhalten bleibt. Maßgebend für die Bestimmung des neuen Beitrags ist der beim ursprünglichen Abschluss gültige Tarif. Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente inklusive Bonus teilen wir Ihnen jährlich in der Wertbestätigung mit. Die Erhöhung ist spätestens sechs Wochen nach der Hauptfälligkeit (Jahrestag des Beginns der Versicherung) des Jahres, in dem die Änderung des Berufsunfähigkeitsbonus erfolgt ist, in Textform zu beantragen.

Verwendung: Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit – bei Vereinbarung einer Karenzzeit erstmals nach deren Ablauf – wird der BU-Bonus zusätzlich zu den versicherten BUZ-Leistungen gezahlt. Maßgeblich für die Höhe des BU-Bonus ist der im Jahr des Eintritts der Berufsunfähigkeit deklarierte Überschussanteilsatz.

Der BU-Bonus wird jeweils bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch für die Dauer unserer Leistungspflicht gezahlt.

Beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem BU-Bonus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil. Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigten Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Grundüberschussanteile werden verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der BUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Leistung der Hauptversicherung verwendet.

Überschussbeteiligung im Leistungsfall

(4) Hier gilt unabhängig von der vereinbarten Überschussverwendungsform folgende Überschussbeteiligung:

BUZ-B

Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen nach BUZ-B im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf das Jahr des Eintritts der Berufsunfähigkeit folgt, gewährt. Bezugsgröße ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigten Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird. Bei unterjährigem Eintritt der Berufsunfähigkeit erfolgt die erste Gewährung des Überschusses anteilig.

Verwendung: Der Überschuss wird verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der BUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Leistung der Hauptversicherung verwendet.

BUZ-R

Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen nach BUZ-R im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres gewährt, das auf das Jahr des Eintritts der Berufsunfähigkeit folgt. Bezugsgröße hierfür ist die BUZ-Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres.

Verwendung: Die Überschüsse werden zur Erhöhung der BUZ-Rente verwendet. Bei unterjährigem Eintritt unserer Leistungspflicht wird die BUZ-Rente anteilig erhöht.

Die BUZ-Rente aus Überschuss wird erstmals nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

§ 12 Können die Beiträge angepasst werden?

Ein durch die laufenden Überschussanteile ermäßigter Beitrag (vgl. § 11 Absatz 3 Beitragsverrechnung) kann sich je nach Überschussergebnis verändern. Auf das weitergehende Recht zur Anpassung der Beiträge nach § 163 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verzichten wir.

§ 13 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

Ihre Ansprüche aus dem Vertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Ist ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

§ 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

(1) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann wegen einer Elternzeit bis zur Mindestrente von 60 EUR jährlich abgesenkt werden. Diese Anpassungsmöglichkeit besteht jedes Mal bei Vorliegen von Elternzeit gemäß den gesetzlichen bzw. tarifvertraglichen Bestimmungen. Sie ist durch formlose Erklärung uns gegenüber geltend zu machen, die uns innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Elternzeit zugehen muss. Wir sind berechtigt, Nachweise für den Beginn der Elternzeit zu verlangen.

(2) Wurde wegen einer Elternzeit eine Reduzierung des Beitrags oder eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung vorgenommen, kann die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Elternzeit und Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit verlangen, dass der Vertrag ohne Gesundheitsprüfung zu den vor der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt wird. Das Verlangen kann durch formlose Erklärung, die uns innerhalb der in Satz 1 genannten drei Monate zugehen muss, gestellt werden.

Voraussetzung für die Wiederinkraftsetzung bzw. Erhöhung der Beiträge ist, dass eine jährliche Mindestrente von 300 EUR erreicht wird.

-
- 1) Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht.
 - 2) Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.
 - 3) Das Gleiche gilt bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages (vgl. die entsprechenden Regelungen in den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Besondere Bedingungen

für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (EUZ) zur Konsortialversicherung als Hauptversicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

Alleiniger Vertragspartner der EUZ ist die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG. Die weiteren an der Hauptversicherung beteiligten Versicherer sind nicht Vertragspartner der EUZ.

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?
- § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?
- § 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?
- § 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?
- § 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 10 Wann können Sie in eine selbständige Erwerbsunfähigkeitsabsicherung wechseln?
- § 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 12 Können die Beiträge angepasst werden?
- § 13 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?
- § 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Erwerbsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer¹⁾ erwerbsunfähig, so erbringen wir – je nach vertraglicher Vereinbarung – folgende Leistungen:

Beitragsbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit (EUZ-B)

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Werden nach Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit Leistungen erbracht, so muss nach Ablauf der für die Beitragsbefreiung vereinbarten Leistungsdauer²⁾ trotz einer gegebenenfalls weiter bestehenden Erwerbsunfähigkeit die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und die gegebenenfalls eingeschlossenen Zusatzversicherungen wieder aufgenommen werden, sofern die Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet ist.

Erwerbsunfähigkeits-Rente (EUZ-R)

Zahlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

(2) Wir bieten der versicherten Person bei Eintritt von Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 kostenlos eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch von uns beauftragte anerkannte Spezialisten an. Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll bestätigte Maßnahmen werden von unseren Spezialisten eingeleitet und begleitet. Maßnahmen sind sinnvoll, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass dadurch die Aufnahme einer Berufstätigkeit erfolgen kann. Wir übernehmen während der Versicherungsdauer die Kosten für eine vollständig durchgeführte Maßnahme. Die Kosten übernehmen wir jedoch maximal bis zum sechsfachen der vereinbarten monatlichen Erwerbsunfähigkeitsrente. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, diese Hilfe anzunehmen.

Entstehen des Anspruchs

(3) Der Anspruch auf Leistung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.

Bei einer eventuell vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf die Leistungen frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Endet die Erwerbsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Erwerbsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Erlöschen des Anspruchs

(4) Der Anspruch auf Leistung erlischt, wenn die versicherte Person stirbt oder die jeweilige Leistungsdauer der EUZ endet.

Verspätete Anzeige

(5) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer der Anspruch auf Erwerbsunfähigkeit angemeldet, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so erbringen wir die Leistung, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Beitragszahlung während Anspruchsprüfung

(6) Während der Dauer der Anspruchsprüfung stunden wir – auf Ihren Antrag in Textform hin – die fälligen Beiträge zinslos bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gemäß § 5. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung stunden wir die Beiträge darüber hinaus bis zum rechtsverbindlichen Abschluss des Verfahrens, höchstens jedoch für eine Dauer von insgesamt fünf Jahren. Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erfolgt in einem Betrag spätestens am Ende des Stundungszeitraumes oder in maximal 24 Monatsraten (Einzelrate mind. 25 EUR). Sofern die Voraussetzungen vorliegen, kann der Ausgleich auf Wunsch durch eine Herabsetzung der Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik erfolgen. Zahlen Sie die Beiträge während der Anspruchsprüfung weiter, so werden wir diese bei Feststellung oder Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Dynamik im Leistungsfall von EUZ-B

(7) Haben Sie mit uns die dynamische Anpassung bei Erwerbsunfähigkeit vereinbart, so gilt Folgendes:

- a) Voraussetzung für die Dynamik im EUZ-B-Leistungsfall ist, dass zum Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit die planmäßige Erhöhung in die Hauptversicherung eingeschlossen ist.
- b) Die Leistung aus der EUZ-B steigt jährlich um den hierfür vereinbarten Prozentsatz – erstmalig zum Jahrestag, der auf den Monat des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit folgt. Der Mehrbeitrag wird zur Erhöhung der Versicherungssumme der Hauptversicherung verwendet. Die Leistungen der Hauptversicherungen werden somit auch im Falle einer Erwerbsunfähigkeit weiter erhöht. Einzelheiten zur Berechnung der Erhöhung sind in den Besonderen Bedingungen für die Anpassungsversicherung festgelegt. Die Erhöhungen erfolgen, solange Anspruch auf Beitragsbefreiung aus EUZ-B besteht.
- c) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Beitragsbefreiung endet, lebt Ihre Pflicht zur Zahlung der Beiträge für die Hauptversicherung und alle Zusatzversicherungen wieder auf. Die Höhe des Beitrages bemisst sich an den zu diesem Zeitpunkt geltenden versicherten Leistungen, einschließlich etwaiger Erhöhungen aus der dynamischen Anpassung im Falle der Erwerbsunfähigkeit.
- d) Erlischt das Recht auf dynamische Anpassung der Hauptversicherung, so wird das Recht auf die Dynamik im Leistungsfall von EUZ-B ausgeschlossen. Der Beitrag für die EUZ wird dann neu berechnet.

Rentendynamik der EUZ-R im Rentenbezug

(8) Haben Sie mit uns die dynamische Anpassung der Renten bei Erwerbsunfähigkeit vereinbart, so gilt Folgendes:

- a) Die Erhöhungen erfolgen, solange Leistungen aus der Versicherung erbracht werden. Gleiches gilt auch während der Dauer einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit.
- b) Die garantierten Renten im Rentenbezug steigen um den vereinbarten Prozentsatz jeweils jährlich zur Hauptfälligkeit, die auf den Monat folgt, in dem der Leistungsfall eingetreten ist. Bezugsgröße sind die jeweiligen Vorjahresrenten.

Schüler, Studenten und Auszubildende

(9) Für Schüler, Studenten und Auszubildende kann eine Umstellung auf eine Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung (BUZ) erfolgen, sobald eine Berufsausbildung/-tätigkeit begonnen bzw. aufgenommen wurde, bei der Versicherungsschutz auch im Falle einer Berufsunfähigkeit geleistet werden kann. Dieser Umstand muss innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Berufsausbildung/-tätigkeit angezeigt werden.

Die Umstellung erfolgt mit Eingang der Meldung, frühestens mit Aufnahme der Berufsausbildung/-tätigkeit. Der Beitrag sowie die Höhe der Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung werden dann aufgrund des Berufes neu festgelegt.

Erfolgt die Anzeige über die Aufnahme der Berufsausbildung/-tätigkeit nach Ablauf der sechs Monate, wird die Umstellung von dem Ergebnis einer neuen versicherungsmedizinischen Prüfung abhängig gemacht.

§ 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Erwerbsunfähig ist die versicherte Person, die infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, mindestens drei Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

(2) Als Erwerbstätigkeit im Sinne von Absatz 1 gelten selbstständige Tätigkeiten sowie die üblichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Tätigkeiten, die auf die besonderen gesundheitlichen Einschränkungen der versicherten Person zugeschnitten sind oder zugeschnitten werden müssen, zählen nicht zu den üblichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

(3) Ob die versicherte Person in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, richtet sich allein nach ihren gesundheitlichen Verhältnissen; der zuletzt ausgeübte Beruf, die vorhandenen und erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse, die bisherige Lebensstellung, die Einkommensverhältnisse sowie die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt.

(4) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, ununterbrochen wenigstens sechs Monate außerstande gewesen, mindestens drei Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auszuüben, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Erwerbsunfähigkeit. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Erwerbsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhe, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind – auch bei Vorsatz – versichert.
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;

- 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 einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Der Versicherungsschutz für die EUZ besteht nur so lange, wie die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz in den Ländern Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Liechtenstein, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien oder den Vereinigten Staaten von Amerika hat, und sich nicht länger als sechs Monate außerhalb der angegebenen Länder aufhält; es sei denn, wir haben einer Ausdehnung des Versicherungsschutzes schriftlich zugestimmt. Eine eingetretene Leistungspflicht aus der EUZ bleibt jedoch in der anerkannten Höhe bestehen.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Wenn Sie Leistungen aus der EUZ beanspruchen, haben Sie die Erwerbsunfähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen nachzuweisen. Dazu können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiter können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns alle Angaben machen, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit).

Leistungsregulierung und Nachregulierungen aus diesem Vertrag werden in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Einzureichende Unterlagen, insbesondere ärztliche Berichte und Untersuchungen, werden nur anerkannt, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Sie können uns selbstverständlich kontaktieren, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

(2) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung beantragt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit;
- 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;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

- Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person, z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen sowie ihre jeweiligen Veränderungen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchshebende zu tragen.

(3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Wenn Sie für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen müssen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Reisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Notwendige Feststellungen sind auch Auskünfte oder Aufklärungen und Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen sowie die Auskünfte, die dem Versicherer die Prüfung ermöglichen, ob bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden.

Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder sonstigen Heilbehandlern, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, anderen Personenversicherern und frühere und aktuelle Krankenkassen (gesetzliche und private), Sozialversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten sowie derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann. Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung haben die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist grundsätzlich nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung. Ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten. Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete oder empfohlene, insbesondere operative Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Erwerbsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung des Leistungsanspruchs aus dieser Versicherung nicht entgegen.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Während der Prüfung Ihres Leistungsanspruchs werden wir Sie über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen informieren. Eine Information über den Sachstand erfolgt spätestens alle vier Wochen.

(3) In Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Ein sachlicher Grund kann sich aus uneindeutigen Nachweisen über das Vorliegen, den Beginn, die Dauer oder den Grad von Erwerbsunfähigkeit ergeben. Ein sachlicher Grund kann ferner gegeben sein, wenn aus medizinischen, beruflichen bzw. betrieblichen Gründen ein Ende der gesundheitlichen Beeinträchtigungen innerhalb des Befristungszeitraums objektiv zu erwarten ist (z. B. Reha-Maßnahme, Umschulung).

Verweisung und Nachprüfung sind für die Zeit der Befristung ausgeschlossen. Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen fordern wir auch dann nicht zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass sich ein bedingungsgemäßer Anspruch nicht nachweisen ließ.

(4) Wir werden Sie bereits vor Ablauf der Befristung darüber informieren, dass wir nach Ablauf der Befristung das Vorliegen bedingungsgemäßer Erwerbsunfähigkeit prüfen werden, soweit Sie dieses wünschen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern. Für diese erneute Prüfung gelten die Grundsätze der Erstprüfung.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit nachzuprüfen.

Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses nach § 5 erfolgt keine Nachprüfung.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend.

(3) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Erwerbsunfähigkeit weggefallen, können wir unsere Leistungen einstellen. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt der Versicherte erlischt die Leistungsverpflichtung mit dem Tag des Todes.

(5) Ist die Erwerbsunfähigkeit bei Anzeige der Erwerbsunfähigkeit wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem die Erwerbsunfähigkeit weggefallen ist.

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus der EUZ bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. **Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.**

§ 8 Was gilt bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Abweichend von den Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) können wir die dort genannten Rechte (Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung) innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist immer zehn Jahre seit Vertragsabschluss.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die EUZ bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. **Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen mit Beendigung der Aufschubzeit, erlischt auch der Versicherungsschutz aus der EUZ³⁾.**

(2) **Eine EUZ können Sie für sich allein kündigen. In ihren letzten fünf Versicherungsjahren kann die EUZ jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Ein Rückkaufswert steht nicht zur Verfügung. Gegebenenfalls zur Verfügung stehende nicht verbrauchte Beiträge erstatten wir im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung.**

Von dem so ermittelten Betrag wird kein Abzug einbehalten. Beitragsrückstände werden verrechnet.

(3) Eine beitragsfreigestellte EUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – die nicht verbrauchten Beitragsteile im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zurück. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung. Ein Abzug wird nicht erhoben.

Eine EUZ deren Beitragszahlungsdauer abgelaufen ist, können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – die nicht verbrauchten Beitragsteile im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zurück. Diese entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung.

Von dem so ermittelten Betrag wird kein Abzug einbehalten.

Von der Kündigungsmöglichkeit der EUZ ausgenommen sind Verträge während der beitragsfreien Zeit aufgrund einer anerkannten Erwerbsunfähigkeit.

(4) Eine Kündigung der EUZ zusammen mit der Hauptversicherung ist nicht möglich, falls es sich bei der Hauptversicherung um eine Rentenversicherung ohne Hinterbliebenenleistung in der Aufschubzeit handelt.

(5) Die EUZ können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die Umwandlung ist jedoch nur möglich, wenn das Deckungskapital der EUZ ausreicht, eine beitragsfreie Mindestrente zu erreichen. Das Verhältnis zwischen der Erwerbsunfähigkeitsrente und der Jahresleistung bei der Rentenversicherung kann sich durch Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ändern. Wird keine beitragsfreie Mindestrente erreicht, erfolgt eine Übertragung der nicht verbrauchten Beitragsteile der EUZ in die Hauptversicherung. Die EUZ erlischt.

Die beitragsfreie Erwerbsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung der nicht verbrauchten Beitragsteile.

(6) Eine Fortführung der EUZ unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 5 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Andernfalls werden die zu erstattenden Beitragsteile (vgl. Absatz 2) der EUZ zur Erhöhung der beitragsfrei versicherten Leistung(en) der Hauptversicherung und der weiter bestehenden Zusatzversicherungen verwendet.

(7) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 6 entsprechend. Sofern die Leistungen aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise reduziert werden, muss die Leistung einer versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente angepasst werden, wenn die Höchstreute überschritten wird.

(8) Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der EUZ, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung und den ggf. eingeschlossenen sonstigen Zusatzversicherungen (Rückkaufwert, beitragsfreie Leistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(9) Ansprüche aus der EUZ, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Erwerbsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung bzw. durch Ablauf der Hauptversicherung nicht berührt.

(10) Ansprüche aus der EUZ können weder abgetreten, verpfändet noch beliehen werden.

(11) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die

jeweilige Hauptversicherung sowie ggf. die Besonderen Bedingungen für die Anpassungsversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Wann können Sie in eine selbständige Erwerbsunfähigkeitsabsicherung wechseln?

(1) Kündigen Sie oder stellen Sie Ihren Vertrag teilweise oder vollständig beitragsfrei, so können Sie Ihren Erwerbsunfähigkeitschutz in einem separaten selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung aufrechterhalten.

(2) Für den neuen selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrag gilt:

- Das Ende der Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer bleibt gegenüber der bisherigen Berufsunfähigkeitsversicherung unverändert.
- Der Beitragsberechnung werden das zum Beginn der Versicherung des neuen Vertrags erreichte rechnungsmäßige Alter und der für den Neuzugang offene Tarif mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Dabei ist das rechnungsmäßige Alter die Differenz zwischen dem Kalenderjahr Beginns der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- Alle sonstigen dem bisherigen Vertrag zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen, wie Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln, gelten auch für den neuen Vertrag.
- Die Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente aus dem neuen selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrag darf nicht höher sein als die Differenz zwischen bisheriger Erwerbsunfähigkeitsrente und beitragsfreier Erwerbsunfähigkeitsrente dieser EUZ. Bei Beitragsverrechnung als Form der Überschussverwendung im bisherigen Vertrag entspricht dies der garantierten Rente inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik. Bei EU-Bonus als Form der Überschussverwendung entspricht dies der garantierten Rente zuzüglich Bonus, inklusive einer ggf. eingeschlossenen Dynamik.

(3) Den Antrag auf Abschluss des selbständigen Erwerbsunfähigkeitsvertrags können Sie innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung oder der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung stellen. Bei Wiederinkraftsetzung Ihrer Hauptversicherung kann die EUZ nicht ohne erneute Risikoprüfung reaktiviert werden. Der Erwerbsunfähigkeitschutz bleibt im separaten Vertrag versichert.

§ 11 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Überschussermittlung

(1) Die Überschussermittlung erfolgt entsprechend der Hauptversicherung (vgl. den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung).

Überschussbeteiligung

(2) Die EUZ ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zum Gewinnverband 810 in der Bestandsgruppe 14. Die Festlegung und Änderung der Überschussbeteiligung erfolgt nach den gleichen Grundsätzen wie bei der Hauptversicherung. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

(3) Die EUZ-Vertragsteile B und R sind entsprechend der vertraglichen Vereinbarung – siehe hierzu auch die Police – an dem erwirtschafteten Überschuss beteiligt:

Beitragsverrechnung

Zu Beginn eines jeden Beitragszahlungsabschnitts wird ein Zusatzüberschussanteil zugeteilt. Bezugsgröße ist der zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuelle Bruttobeitrag.

Verwendung: Der Überschussanteil vermindert den zu zahlenden Beitrag bzw. die Beitragsrate. Sie zahlen also nicht den vollen, sondern nur einen ermäßigten Beitrag. Die Höhe der Ermäßigung kann allerdings nicht für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert werden.

Wird eine Versicherung beitragsfrei gestellt, und galt bisher die Beitragsverrechnung als vereinbart, so erfolgt automatisch der Wechsel zur Überschussverwendungsform „Verzinsliche Ansammlung“.

Verzinsliche Ansammlung

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – wird ein Zusatzüberschussanteil fällig. Bezugsgröße ist der Risikobeitrag des Vorjahres.

Beitragsfreie Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem Zusatzüberschussanteil zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil. Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der EUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Leistung der Hauptversicherung verwendet.

Erwerbsunfähigkeitsbonus (EU-Bonus)

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird ein EU-Bonus festgelegt. Bezugsgröße hierfür ist die versicherte Leistung des betreffenden Versicherungsjahres.

Solange kein Leistungsbezug erfolgt, wird der EU-Bonus Jahr für Jahr neu festgelegt. Führt eine Neufestlegung der jährlichen Überschussanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so haben Sie das Recht – sofern noch keine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist – die garantierte Erwerbsunfähigkeitsrente zur nächsten Beitragsfälligkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass die Höhe des bisherigen Erwerbsunfähigkeits-Schutzes (einschließlich Bonus) erhalten bleibt. Maßgebend für die Bestimmung des neuen Beitrags ist der beim ursprünglichen Abschluss gültige Tarif. Die Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente inklusive Bonus teilen wir Ihnen jährlich in der Wertbestätigung mit. Die Erhöhung ist spätestens sechs Wochen nach der Hauptfälligkeit (Jahrestag des Beginns der Versicherung) des Jahres, in dem die Änderung des Erwerbsunfähigkeits-Bonus erfolgt ist, in Textform zu beantragen.

Verwendung: Bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit – bei Vereinbarung einer Karenzzeit erstmals nach deren Ablauf – wird der EU-Bonus zusätzlich zu den versicherten EUZ-Leistungen gezahlt. Maßgeblich für die Höhe des EU-Bonus ist der im Jahr des Eintritts der EU deklarierte Überschussanteilsatz. Der EU-Bonus wird jeweils bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch für die Dauer unserer Leistungspflicht gezahlt.

Beitragsfreie Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden, erhalten zusätzlich zu dem EU-Bonus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zu Beginn des zweiten – einen Grundüberschussanteil. Bezugsgröße hierfür ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird.

Verwendung: Die Grundüberschussanteile werden verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der EUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Leistung der Hauptversicherung verwendet.

Überschussbeteiligung im Leistungsfall

(4) Hier gilt unabhängig von der vereinbarten Überschussverwendungsform folgende Überschussbeteiligung:

EUZ-B

Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen nach EUZ-B im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf das Jahr des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit folgt, gewährt.

Bezugsgröße ist das zum Zeitpunkt der Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Es berechnet sich aus dem am Ende eines Versicherungsjahres vorhandenen positiven Deckungskapital der Versicherung, das mit dem Rechnungszins um ein Jahr abgezinst wird. Bei unterjährigem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erfolgt die erste Gewährung des Überschusses anteilig.

Verwendung: Der Überschuss wird verzinslich angesammelt. Bei Beendigung der EUZ wird das verzinslich angesammelte Guthaben zur Erhöhung der Leistung der Hauptversicherung verwendet.

EUZ-R

Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherungen nach EUZ-R im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Erstmals wird der Überschuss zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf das Jahr des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit folgt, gewährt. Bezugsgröße hierfür ist die EUZ-Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres.

Verwendung: Die Überschüsse werden zur Erhöhung der EUZ-Rente verwendet. Bei unterjährigem Eintritt unserer Leistungspflicht wird die EUZ-Rente anteilig erhöht.

Die EUZ-Rente aus Überschuss wird erstmals nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

§ 12 Können die Beiträge angepasst werden?

Ein durch die laufenden Überschussanteile ermäßigter Beitrag (siehe hierzu § 11 Absatz 3) kann sich je nach Überschussergebnis verändern. Auf das weitergehende Recht zur Anpassung der Beiträge nach § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verzichten wir.

§ 13 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

Ihre Ansprüche aus dem Vertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Ist ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

§ 14 Welche Besonderheiten gelten bei Inanspruchnahme von Elternzeit?

(1) Die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente kann wegen einer Elternzeit bis zur Mindestrente von 60 EUR jährlich abgesenkt werden. Diese Anpassungsmöglichkeit besteht jedes Mal bei Vorliegen von Elternzeit gemäß den gesetzlichen bzw. tarifvertraglichen Bestimmungen. Sie ist durch formlose Erklärung uns gegenüber geltend zu machen, die uns innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Elternzeit zugehen muss. Wir sind berechtigt, Nachweise für den Beginn der Elternzeit zu verlangen.

(2) Wurde wegen einer Elternzeit eine Reduzierung des Beitrags oder eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung vorgenommen, kann die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer

innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Elternzeit und Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit verlangen, dass der dem Vertrag ohne Gesundheitsprüfung zu den vor der Beitragsreduzierung bzw. Beitragsfreistellung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt wird. Das Verlangen kann durch formlose Erklärung, die uns innerhalb der in Satz 1 genannten drei Monate zugehen muss, gestellt werden.

Voraussetzung für die Wiederinkraftsetzung bzw. Erhöhung der Beiträge ist, dass eine jährliche Mindestrente von 300 EUR erreicht wird.

-
- 1) Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht.
 - 2) Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.
 - 3) Das Gleiche gilt bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages (vgl. die entsprechenden Regelungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung).

Besondere Bedingungen für das Lebensphasenkonzept

Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Möglichkeiten eröffnet Ihnen das Lebensphasenkonzept?
- § 2 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen?
- § 3 Welche Verträge können im Rahmen des Lebensphasenkonzepts auftreten?
- § 4 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich?
- § 5 In welchen Fällen ist eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ausgeschlossen?
- § 6 Welche Ergänzungsverträge können Sie abschließen?
- § 7 Welche Zusatzversicherungen können Sie in einen Ergänzungsvertrag einschließen bzw. innerhalb des Basisvertrages erhöhen?
- § 8 In welchem Umfang können Sie Erhöhungen ohne eine erneute Gesundheitsprüfung vornehmen?
- § 9 Welche Höhe kann die gesamte Versicherungsleistung annehmen?
- § 10 Wie können Sie eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung veranlassen? Was müssen Sie beachten? Welche Fristen gelten?
- § 11 Welche Besonderheiten sind zu beachten, wenn die Erhöhung des Versicherungsschutzes im Basisvertrag erfolgt?
- § 12 Was ist bei Basisrentenverträgen (Schicht 1) zu beachten?
- § 13 Was ist bei Verträgen zu beachten, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung (Schicht 2) abgeschlossen wurden?

§ 1 Welche Möglichkeiten eröffnet Ihnen das Lebensphasenkonzept?

(1) Mit dem Lebensphasenkonzept können Sie den Versicherungsschutz auf das Leben der versicherten Person(en) ohne erneute Gesundheitsprüfung in Form von zusätzlichen selbständigen Ergänzungsverträgen erhöhen, sofern sich die Lebensumstände der versicherten Person(en) durch bestimmte Ereignisse verändern.

Bei einer ggf. in Ihrem Ergänzungsvertrag einzuschließenden Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung oder einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung wird die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG alleiniger Vertragspartner.

Anstelle eines zusätzlichen selbständigen Ergänzungsvertrages kann auch eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages erfolgen. Hierbei sind die in § 11 beschriebenen Besonderheiten zu beachten.

§ 2 Wann können Sie ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen?

Innerhalb der in den §§ 3-11 genannten Rahmenbedingungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen, wenn sich die Lebensumstände der versicherten Person(en) durch eines der nachfolgenden Ereignisse verändern:

- Erreichen der Volljährigkeit
- Heirat
- Scheidung
- Geburt eines eigenen Kindes
- Adoption eines Kindes
- Todesfall des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners
- Abschluss einer Berufsausbildung mit Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit
- Übergang aus einem mindestens ein Jahr ununterbrochen andauernden Teilzeitarbeitsverhältnis in eine Vollzeitstelle
- Übergang aus einem befristeten Arbeitsverhältnis in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis
- Abschluss einer akademischen Ausbildung mit Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit
- Gehaltssteigerung von mindestens 10 % des letzten Bruttogehalts
- Gehalt übersteigt erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung
- Erfolgreiche Ablegung einer Meisterprüfung
- Erhalt der Prokura
- Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit
- Wegfall oder Reduzierung einer betrieblichen Altersversorgung
- Wegfall der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung
- Wegfall oder Reduzierung einer Versorgung aus einem berufsständischem Versorgungswerk
- Beendigung einer Versicherung auf zwei verbundene Leben bei der Zurich Dt. Herold Leben durch den Tod einer der beiden versicherten Personen
- Abschluss und Vorlage eines Darlehensvertrages über mindestens 50.000 EUR in Verbindung mit dem Erwerb bzw. Aus-/ Umbau von eigengenutztem Wohneigentum sowie von fremd- oder gewerblich genutzten Immobilien
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung bzw. Übernahme einer bestehenden Praxis bzw. Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis bzw. Kanzlei.

(2) Zusätzlich besteht unabhängig vom Eintritt eines der genannten Ereignisse einmalig bis zum Ablauf des 5. Versicherungsjahres ab Versicherungsbeginn die Möglichkeit, den Versicherungsschutz aus dem Basisvertrag innerhalb der in diesen Bedingungen festgelegten Grenzen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Soll dabei der Versicherungsschutz für den Fall von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit erhöht werden, so gilt eine Wartefrist von sechs Monaten. Das heißt, dass für Versicherungsfälle, die in diesem Zeitraum eintreten, kein Anspruch auf Leistungen aus dem erhöhten Versicherungsschutz entsteht. Die Entscheidung über einen Anspruch auf Leistungen aus dem Basisvertrag bleibt hiervon unberührt.

§ 3 Welche Verträge können im Rahmen des Lebensphasenkonzepts auftreten?

Im Rahmen des Lebensphasenkonzepts können folgende Verträge auftreten (vgl. §§ 6 und 7):

Basisvertrag

Als Basisvertrag (Hauptversicherung mit oder ohne Zusatzversicherungen) bezeichnen wir den Vertrag, den Sie im ersten Schritt des Lebensphasenkonzepts abschließen und der somit die Grundlage für die weiteren im Rahmen des Lebensphasenkonzepts abschließbaren Verträge bzw. für Erhöhungen des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages ist.

Ergänzungsvertrag

Als Ergänzungsvertrag (Hauptversicherung mit oder ohne Zusatzversicherungen) bezeichnen wir den Vertrag, der im Anschluss an einen Basisvertrag im Rahmen des Lebensphasenkonzepts ohne weitere Gesundheitsprüfung zur Erhöhung des bereits bestehenden Versicherungsschutzes abgeschlossen werden kann.

§ 4 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich?

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um den Versicherungsschutz im Rahmen des Lebensphasenkonzepts erhöhen zu können:

- Die versicherte(n) Person(en) stimmt (stimmen) der Ausübung des Lebensphasenkonzepts zu, und
- die versicherte(n) Person(en) hat (haben) bei Wirksamwerden der Erhöhung das 50. Lebensjahr nicht vollendet
- Die versicherte(n) Person(en) hat (haben) während der Laufzeit des Basisvertrags keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder teilweiser oder vollständiger Erwerbsminderung/Erwerbsunfähigkeit erhalten und solche auch nicht beantragt. Dies unabhängig davon, ob die Leistungen durch uns oder andere Versicherer/Leistungsträger geschuldet oder dort beantragt waren.
- Die versicherte(n) Person(en) war(en) während der Laufzeit des Basisvertrags, höchstens in den zurückliegenden zehn Jahren vor Beantragung der Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes nicht länger als sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt.

§ 5 In welchen Fällen ist eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ausgeschlossen?

(1) Handelt es sich bei den zugrunde gelegten Verträgen um Versicherungen mit vereinfachter Gesundheitsprüfung bzw. Obliegenheitserklärung, so entfällt die Möglichkeit einer Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Nach einer Beitragsfreistellung oder einer Kündigung des Basisvertrags entfällt die Möglichkeit, Erhöhungen des Versicherungsschutzes im Rahmen des Lebensphasenkonzepts vorzunehmen.

(3) Bei einer Selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung ist eine Erhöhung in den ersten 12 Monaten nach Vertragsbeginn ausgeschlossen, wenn für den Vertragsabschluss die Wechsel-

option im Rahmen einer Grundfähigkeitsabsicherung ausgeübt wurde.

§ 6 Welche Ergänzungsverträge können Sie abschließen?

(1) Für Ergänzungsverträge können Sie zwischen folgenden Versicherungen wählen:

- Aufgeschobene Rentenversicherung
- Aufgeschobene Rentenversicherung – Basisversorgung
- Fondsgebundene Versicherung
- Fondsgebundene Versicherung – Basisversorgung
- Risikolebensversicherung
- Kapitalbildende Lebensversicherung
- selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung oder Erwerbsunfähigkeitsabsicherung (nur möglich, wenn im Basisvertrag eine Berufsunfähigkeits-Rente versichert ist).
- selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (nur möglich, wenn im Basisvertrag eine Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeits-Rente versichert ist).

Für den Ergänzungsvertrag gelten die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Ergänzungsvertrages.

(2) Ein Ergänzungsvertrag kann nicht wieder als Basisvertrag verwendet werden. Entsprechend werden Erhöhungen im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes auch bei den Bezugsgrößen für spätere Erhöhungen bzw. Ergänzungsverträge nicht berücksichtigt.

§ 7 Welche Zusatzversicherungen können Sie in einen Ergänzungsvertrag einschließen bzw. innerhalb des Basisvertrages erhöhen?

(1) Eine im Basisvertrag enthaltene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann über einen Ergänzungsvertrag oder durch eine Änderung des Basisvertrages erhöht werden. Voraussetzung für die Erhöhung über einen Ergänzungsvertrag ist, dass auch eine Hauptversicherung in dem Ergänzungsvertrag eingeschlossen wird. Dieser Ergänzungsvertrag besteht dann aus einer Hauptversicherung und einer oder mehreren eingeschlossenen Zusatzversicherung(en).

Eine Risiko-Zusatzversicherung kann auch dann zusätzlich zu einem Ergänzungsvertrag in Form einer kapitalbildenden Lebensversicherung abgeschlossen werden, wenn im Basisvertrag keine Risiko-Zusatzversicherung enthalten ist. Die Risiko-Zusatzversicherung kann auch nachträglich in den Basisvertrag eingeschlossen werden.

(2) Die Risiko-Zusatzversicherung und die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung bilden mit der jeweiligen Hauptversicherung eine Einheit. Eine Zusatzversicherung kann ohne die zugehörige Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Die Hauptversicherung kann jedoch ohne Zusatzversicherung fortgeführt werden.

(3) Ist eine Risiko-Zusatzversicherung in einem Ergänzungsvertrag eingeschlossen, so endet sie spätestens mit Ablauf der zugehörigen Hauptversicherung.

(4) Ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung in einem Ergänzungsvertrag eingeschlossen worden, so endet sie spätestens, wenn der

Versicherungsschutz aus der zugehörigen Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen mit Aufschubzeit erlischt auch der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Ablauf der Aufschubzeit. Für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung in dem Ergänzungsvertrag erfolgt die Eingruppierung nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung ausgeübten Beruf; Endalter- und Summenbegrenzungen werden entsprechend übernommen. Bestehende Verträge bleiben unberührt.

§ 8 In welchem Umfang können Sie Erhöhungen ohne eine erneute Gesundheitsprüfung vornehmen?

(1) Die Höchstlaufzeit eines Ergänzungsvertrages entspricht der auf volle Jahre gerundeten Restlaufzeit des Basisvertrages.

(2) Liegt als Basisvertrag eine

- kapitalbildende Lebensversicherung,
- Fondsgebundene Versicherung mit Premiumschutz und Mindesttodesfallsumme größer als 0 % der Beitragssumme,
- Fondsgebundene Versicherung – Basisversorgung mit Premiumschutz und Mindesthinterbliebenenguthaben größer als 0 % der Beitragssumme,
- Fondsgebundene Versicherung mit Basisschutz (Mindesttodesfallsumme ab 4. Versicherungsjahr größer als 75.000 EUR) oder
- Risikolebensversicherung

vor, so darf sich die garantierte Todesfallsumme für jeden einzelnen Ergänzungsvertrag auf bis zu 50 % der aktuellen garantierten Todesfallsumme des Basisvertrages ohne ggf. eingeschlossener Risiko-Zusatzversicherung aber auf nicht weniger als 2.500 EUR und nicht mehr als 50.000 EUR belaufen. Erfolgt eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages, gelten als Bezugsgrößen für die o. g. maximalen Erhöhungen die aktuellen garantierten Leistungen des Basisvertrages abzüglich der Leistungsanteile, die auf frühere Erhöhungen im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes zurückzuführen sind.

(3) Liegt als Basisvertrag eine

- aufgeschobene Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder
- aufgeschobene Rentenversicherung – Basisversorgung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder
- Fondsgebundene Versicherung mit Basisschutz (Mindesttodesfallsumme ab dem 4. Versicherungsjahr bis 75.000 EUR) und mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder
- selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung oder Erwerbsunfähigkeitsabsicherung
- selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung

vor, so darf sich die garantierte Todesfallsumme eines Ergänzungsvertrages in Form einer kapitalbildenden Lebensversicherung, Fondsgebundenen Versicherung oder Risikolebensversicherung auf das 100-fache der aktuellen garantierten monatlichen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente, Rente des Basisvertrages, aber auf nicht weniger als 2.500 EUR und nicht mehr als 50.000 EUR belaufen.

4) Ist eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente im Basisvertrag enthalten, können Sie im Ergänzungsvertrag ebenfalls eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente ohne erneute medizinische Risikoprüfung einschließen, die bis zu 100 % der aktuellen garantierten Berufsunfähigkeits-

oder Erwerbsunfähigkeits-Rente des Basisvertrages beträgt. Dabei darf die jährliche Rente aus dem Ergänzungsvertrag jedoch maximal 9.000 EUR betragen. Sie muss jedoch die jährliche Mindestrente in Höhe von 300 EUR erreichen.

Erfolgt eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages, gelten als Bezugsgrößen für die o. g. maximalen Erhöhungen die aktuellen garantierten Leistungen des Basisvertrages abzüglich der Leistungsanteile, die auf frühere Erhöhungen im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes zurückzuführen sind.

Ist der Basisvertrag eine Versicherung auf verbundene Leben und ist darin eine Berufsunfähigkeitsrente oder Erwerbsunfähigkeitsrente eingeschlossen, so kann eine Berufsunfähigkeitsrente oder Erwerbsunfähigkeits-Rente im Ergänzungsvertrag nur für die Person abgeschlossen werden, die im Basisvertrag gegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit versichert ist.

(5) Soll zu einem Basisvertrag eine Kapitallebensversicherung mit Risikozusatzversicherung als Ergänzungsvertrag abgeschlossen werden, so gilt im Hinblick auf die Höhe der Todesfallsumme Folgendes:

Die Gesamttodesfallsumme aus Kapitallebensversicherung und Risiko-Zusatzversicherung, die den Ergänzungsvertrag bilden, darf bis zu 50 % der Todesfallsumme des Basisvertrages (einschließlich einer dort ggf. enthaltenen Risiko-Zusatzversicherung), maximal 50.000 EUR, erreichen. Sie darf 5.000 EUR nicht unterschreiten. Erfolgt der Einschluss der Risiko-Zusatzversicherung innerhalb des Basisvertrages, gilt die vorstehende Regelung entsprechend.

(6) Eine planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen (Dynamik) eines Ergänzungsvertrages ist dann möglich, wenn auch diese im Basisvertrag vorgesehen ist. Möchten Sie eine dynamische Anpassung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (Dynamik im Leistungsfall) in einen Ergänzungsvertrag einschließen, so muss eine solche bereits im Basisvertrag enthalten sein. Der Einschluss einer planmäßigen Erhöhung hängt immer zusätzlich von einer wirtschaftlichen und finanziellen Risikoprüfung durch uns ab.

(7) Die garantierte Gesamttodesfallsumme aller Ergänzungsverträge (inkl. ggf. eingeschlossener Risiko-Zusatzversicherung), und aller im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes durchgeführten Erhöhungen innerhalb des Basisvertrages, die innerhalb von fünf Jahren abgeschlossen werden, darf 50.000 EUR nicht überschreiten.

(8) Bei Risikolebensversicherungen besteht die Möglichkeit, bei den in § 2 genannten Ereignissen „Geburt eines eigenen Kindes“ oder „Abschluss und Vorlage eines Darlehensvertrages über mindestens 50.000 EUR in Verbindung mit dem Erwerb bzw. Aus-/Umbau von eigengenutztem Wohneigentum sowie von fremd- oder gewerblich genutzten Immobilien“ den Versicherungsschutz einmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung um bis zu 100.000 EUR zu erhöhen. Die in § 8 Absatz 2 genannte Beschränkung des Ergänzungsvertrages auf bis zu 50 % der aktuellen garantierten Todesfallsumme des Basisvertrages und auf maximal 50.000 EUR gilt bei Ausübung dieser einmaligen Erhöhungsmöglichkeit nicht. Zudem gilt auch die Regelung in § 8 Absatz 7 bei Ausübung dieser einmaligen Erhöhungsmöglichkeit nicht.

§ 9 Welche Höhe kann die gesamte Versicherungsleistung annehmen?

Die Gesamttodesfallsumme aller Verträge (inkl. der Summen aus Risiko-Zusatzversicherung) jeder einzelnen versicherten Person darf maximal 300.000 EUR betragen. Bei Versicherungen auf verbundene Leben kann für jede versicherte Person die maximale Todesfallsumme versichert werden.

Sofern der Vertragsabschluss einer Risikolebensversicherung auf Basis von verkürzten Risikofragen erfolgte, reduziert sich die Gesamttodesfallsumme aller Verträge jeder einzelnen versicherten Person in den ersten fünf Versicherungsjahren auf maximal 150.000 EUR inklusive Todesfallbonus. Bei Versicherungen auf verbundene Leben kann für jede versicherte Person diese maximale Todesfallsumme versichert werden.

Die Summe der monatlichen Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Renten aus allen Verträgen der versicherten Person bei unserem Unternehmen darf maximal 2.500 EUR inklusive Bonus betragen.

Sofern der Vertragsabschluss einer selbständigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung auf Basis von verkürzten Risikofragen erfolgte, reduziert sich dieser Betrag in den ersten Versicherungsjahren auf maximal 1.000 EUR.

Für die Summe der garantierten Renten aus allen bei unserem Unternehmen abgeschlossenen Rentenversicherungen ist ab einer unternehmensinternen bestimmten Höhe der garantierten Renten eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit erforderlich. Dabei werden unterschiedliche Risiken bewertet, wie Langlebigkeit, Kapitalmarkt und vorzeitige Beendigung. Würden durch eine als Ergänzungsvertrag oder durch eine Erhöhung beantragte Rentenversicherung die garantierten Renten die gültige Grenze überschreiten, so besteht der Anspruch aus dem Lebensphasenkonzept nur bis zur Höhe dieser Grenze. Maßgeblich ist dabei die unternehmensintern zum Zeitpunkt der Beantragung des betreffenden Ergänzungsvertrages geltende Grenze.

§ 10 Wie können Sie eine Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung veranlassen? Was müssen Sie beachten? Welche Fristen gelten?

(1) Möchten Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung beantragen, weil sich die Lebensumstände der versicherten Person(en) durch eines der in § 2 Abs. 1 beschriebenen Ereignisse geändert haben, so muss uns der Antrag innerhalb der ersten sechs Monate nach Eintritt des Ereignisses in Textform zugehen. Die Änderung der Lebensumstände ist uns nachzuweisen. Als Nachweise gelten beispielsweise bei

- Heirat:
Kopie der Heiratsurkunde
- Scheidung:
Kopie des Scheidungsurteils
- Geburt eines eigenen Kindes:
Kopie der Geburtsurkunde
- Adoption eines Kindes:
Kopie der Adoptionsurkunde
- Todesfall des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners:
Sterbeurkunde
- Abschluss einer Berufsausbildung mit Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit:
Kopie der Abschlussurkunde, des Kaufmanns- oder Gesellenbriefes und des Arbeitsvertrages

- Abschluss einer akademischen Ausbildung mit Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit:
Kopie der Abschlussurkunde und des Arbeitsvertrages
- Übergang aus einem mindestens ein Jahr ununterbrochen andauernden Teilzeitarbeitsverhältnis in eine Vollzeitstelle:
Kopie der Arbeitsverträge
- Übergang aus einem befristeten Arbeitsverhältnis in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis:
Kopie des Arbeitsvertrages;
- Gehaltssteigerung von mindestens 10 % des letzten Bruttojahresgehalts:
Lohn-/Gehaltsabrechnungen
- Gehalt übersteigt erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung:
Lohn-/Gehaltsabrechnung bzw. ergänzende Nachweise
- Erfolgreiche Ablegung einer Meisterprüfung:
Meisterbrief
- Erhalt der Prokura:
Bescheinigung des Arbeitgebers
- Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit:
Kopie der Zulassungsurkunde
- Wegfall oder Reduzierung einer betrieblichen Altersversorgung:
Kopie der dem Ereignis zugrunde liegenden Unterlagen und Kopie des neuen Arbeitsvertrages
- Wegfall der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung:
Kopie der dem Ereignis zugrunde liegenden Unterlagen
- Wegfall oder Reduzierung einer Versorgung aus einem berufsständischem Versorgungswerk:
Kopie der dem Ereignis zugrunde liegenden Unterlagen
- Beendigung einer Versicherung auf zwei verbundene Leben bei der Zurich Dt. Herold Leben durch den Tod einer der beiden versicherten Personen:
Sterbeurkunde
- Abschluss und Vorlage eines Darlehensvertrages über mindestens 50.000 EUR in Verbindung mit dem Erwerb bzw. Aus-/Umbau von eigengenutztem Wohneigentum:
Kopie des Darlehensvertrages und Nachweis über die Nutzung
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung bzw. Übernahme einer (bestehenden) Praxis bzw. Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis bzw. Kanzlei:
Kopie des Darlehensvertrages und Nachweis über die Nutzung

Wir behalten uns vor, ggf. weitere für einen geeigneten Nachweis notwendige Unterlagen von Ihnen zu fordern.

Möchten Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre (§ 2 Abs. 2) beantragen, so können Sie den Antrag frühestens drei Monate vor der gewünschten Erhöhung des Versicherungsschutzes einreichen. Der Antrag muss uns in jedem Fall vor der gewünschten Erhöhung des Versicherungsschutzes, jedoch spätestens bis zum Ablauf des 5. Versicherungsjahres zugehen.

Außerhalb der genannten Fristen können wir einen Antrag auf Erhöhung des Versicherungsschutzes gem. § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 nur unter dem Vorbehalt einer erneuten Gesundheitsprüfung berücksichtigen.

(2) Ist in Ihrem Basisvertrag eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente enthalten und möchten Sie diese durch einen Ergänzungsvertrag oder innerhalb des Basisvertrages erhöhen, so behalten wir uns vor, von Ihnen die Vorlage von Dokumenten zu verlangen, die die Angemessenheit der Rentenhöhe im Verhältnis zum Einkommen belegen, wie etwa einen aktuellen Einkommensnachweis oder Ähnliches. Die Begrenzung

oder Ablehnung einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente im Ergänzungsvertrag oder als Erhöhung – unter Berücksichtigung Ihres Einkommens und der Gesamtleistung aus allen bestehenden und beantragten Versicherungen sowie des ausgeübten Berufes und der zulässigen Höchstleistungsgrenzen – ist uns vorbehalten.

(3) Ergänzungsverträge bzw. Änderungen innerhalb des Basisvertrages werden mit Versicherungsbeginn des auf den Eingang der Meldung folgenden Beitragszahlungsabschnitts abgeschlossen.

(4) Nachdem Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes vorgenommen haben, senden wir Ihnen den Versicherungsschein für den Ergänzungsvertrag bzw. den geänderten Versicherungsschein oder Nachtrag des Basisvertrages zu.

(5) Die erstmalige Erhöhung des Versicherungsschutzes kann frühestens zu Beginn des 2. Versicherungsjahres erfolgen. Dies gilt auch dann, wenn sich die Lebensumstände bereits im Laufe des ersten Versicherungsjahres geändert haben und uns dies gemeldet wurde.

(6) Basis- und Ergänzungsvertrag bilden im Rahmen des Lebensphasenkonzepts eine Einheit bzgl. der Risikoprüfung. Im Hinblick auf Rücktritt, Vertragsanpassung, Kündigung oder Anfechtung behalten wir uns daher vor, dies auf sämtliche im Rahmen des Lebensphasenkonzepts bestehenden Verträge zu beziehen.

(7) Im Übrigen gelten für jeden abgeschlossenen Ergänzungsvertrag bzw. jede Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages die jeweils zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Besonderheiten Bedingungen. Für den Basisvertrag vereinbarte Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln gelten auch für Ergänzungsverträge bzw. Erhöhungen innerhalb des Basisvertrages im Rahmen des Lebensphasenkonzepts. Die Prämie für den Ergänzungsvertrag wird aus dem zum Zeitpunkt seines Abschlusses für den Neuzugang offenen Tarif unter Berücksichtigung der für den Basisvertrag vereinbarten Zuschläge, Ausschlüsse und Klauseln ermittelt. Die Prämie für die Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages errechnet sich aus dem zum Zeitpunkt der Vertragsänderung erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmehedingungen unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Vertragsänderung für diese dann vorgesehenen Sterbetafel und des vorgesehenen Rechnungszinses.

§ 11 Welche Besonderheiten sind zu beachten, wenn die Erhöhung des Versicherungsschutzes im Basisvertrag erfolgt?

Soll anstelle eines Ergänzungsvertrages die Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages erfolgen, so sind zusätzlich folgende Besonderheiten zu beachten:

- Die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung ist nur im Rahmen der beschriebenen Grenzen zulässig.
- Eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des bestehenden Vertrages kann abgelehnt werden, wenn eine solche Vertragsänderung nicht mehr zulässig ist oder mit einer Umstellung auf eine neue Sterbetafel und einen neuen Rechnungszins verbunden ist. In diesem Fall haben Sie jedoch das Recht einen Ergänzungsvertrag im Rahmen des Lebensphasenkonzepts abzuschließen.

Wenn Sie vom Lebensphasenkonzept Gebrauch machen, werden wir Sie über die steuerlichen Auswirkungen zum Zeitpunkt der Beantragung informieren. Zur Beibehaltung eventueller steuerlicher Vergünstigungen des Basisvertrages auch nach Inanspruchnahme des Lebensphasenkonzepts, sind die steuerlichen Rahmenbedingungen des Basisvertrages zu beachten.

§ 12 Was ist bei Basisrentenverträgen (Schicht 1) zu beachten?

Handelt es sich beim Basisvertrag oder Ergänzungsvertrag um einen steuerlich geförderten Basisrentenvertrag (Schicht 1), bei dem eine ergänzende Absicherung des Eintritts der Berufsunfähigkeit, der verminderten Erwerbsfähigkeit und von Hinterbliebenen vereinbart wird, ist Folgendes zu beachten:

Beitragsverhältnis bei Vereinbarung einer ergänzenden Absicherung des Eintritts der Berufsunfähigkeit, der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. von Hinterbliebenen

Für den Fall der ergänzenden Absicherung des Eintritts der Berufsunfähigkeit, der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. von Hinterbliebenen ist vereinbart, dass mehr als 50 % der Beiträge auf Ihre eigene Altersvorsorge als Versicherungsnehmer entfallen. Dies gilt auch für Änderungen (z. B. Erhöhungen) während der Vertragslaufzeit.

§ 13 Was ist bei Verträgen zu beachten, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung (Schicht 2) abgeschlossen wurden?

Das Recht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht auch, wenn es sich bei dem Basisvertrag um eine Direktversicherung oder eine Rückdeckungsversicherung handelt, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung (Schicht 2) abgeschlossen wurde. Dieses gilt auch für Direktversicherungen oder Rückdeckungsversicherungen, die von der versicherten Person als neuem Versicherungsnehmer nach dem Ausscheiden aus dem Unternehmen mit eigenen Beiträgen fortführt.

Nur der Versicherungsnehmer ist berechtigt, eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zu beantragen bzw. einen Ergänzungsvertrag abzuschließen.

Arbeitsrechtliche Vereinbarungen (z.B. in einer Versorgungsordnung) können den Regelungen des Lebensphasenkonzeptes entgegenstehen und sind vom Versicherungsnehmer zu berücksichtigen.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss einer Lebensversicherung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG,
Deutzer Allee 1,
50679 Köln.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0221 7715-7777.

Bitte geben Sie in Ihrer Widerrufserklärung auch die Vertragsnummer an.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag zwischen dem Beginn des Versicherungsschutzes und dem Zugang der Widerrufserklärung um einen Betrag in Höhe von $\frac{1}{365}$ des für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Deutzer Allee 1
50679 Köln
Telefon: 0221 7715-0
Fax: 0221 7715-7777
E-Mail: service@zurich.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter folgender Adresse

Zurich Gruppe Deutschland
Konzernschutz
50427 Köln
E-Mail: datenschutz@zurich.com

Herkunft und Kategorien personenbezogener Daten

Grundsätzlich erheben wir personenbezogene Daten direkt beim Betroffenen.

In bestimmten Fällen kann es jedoch sein, dass wir personenbezogene Daten von Dritten erhalten.

Beispiele:

- Bei Postrückläufern führen spezialisierte Dienstleister eine Adressrecherche durch, um aktuelle Anschriftdaten zu ermitteln.
- Daten zu Mitversicherten bzw. versicherten Personen erhalten wir über unseren Versicherungsnehmer, falls wir die Daten nicht direkt bei diesen Personen erheben können. Wir erheben z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum. Die erforderlichen Daten für den Leistungsfall erheben wir direkt beim Betroffenen.
- Daten zu Bezugsberechtigten oder Begünstigten erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum, um den Betroffenen im Leistungsfall kontaktieren zu können.
- Daten zu Sicherungsgebern, Kreditgebern, Leasinggebern, Bürgschafts- bzw. Garantiegläubigern und Forderungsinhabern erhalten wir unter Umständen von unserem Versicherungsnehmer. Umgekehrt kann es sein, dass wir von jenen Daten zum Versicherungsnehmer erhalten, insbesondere Kontaktdaten und Angaben zum betroffenen Risiko.
- Außerdem erhalten wir Daten zu Ihrer Person über Ihren zuständigen Vermittler, z. B. im Rahmen der Antragsaufnahme.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.zurich.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Versicherungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch die Leistung ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages sowie die Leistungsbearbeitung ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung versicherungsspezifischer Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Zurich Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung, hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke sowie eine Leistungsbearbeitung ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- für die Gesamtbetrachtung Ihrer Kundenbeziehung zu den Unternehmen der Zurich Gruppe in Deutschland,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Zurich Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen, soweit rechtlich zulässig,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrund-

lage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Mitversicherer (Konsortialpartner):

Haben Sie eine Konsortialversicherung abgeschlossen, sind die in Ihrem Persönlichen Vorschlag genannten Lebensversicherer in Höhe eines jeweiligen prozentualen Anteils an Ihrem Versicherungsvertrag beteiligt. Die Anschrift der beteiligten Versicherer finden Sie in diesem Fall in der in Ihrem Persönlichen Vorschlag enthaltenen „Information zu Ihrer Versicherung“. Im Rahmen der Antragsbearbeitung sowie zur Durchführung Ihres Versicherungsvertrages kann es zur Weitergabe Ihrer allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten an die Konsortialpartner und die mit ihnen verbundenen Unternehmen kommen. Die beteiligten Unternehmen sind in jedem Fall gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Zurich Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag bei einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformationen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformationen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung ohne Angabe von Gründen zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten zu wenden. Daneben haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Bei Abschluss einer Lebensversicherung fragen Zurich und andere Versicherungen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn hierfür ein berechtigtes Interesse besteht. Sofern hierfür Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben werden, geschieht dies nur auf Grundlage einer zuvor eingeholten Schweigepflichtentbindung. Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten.

Detaillierte Informationen zur informa HIS GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link:

www.informa-his.de

Bonitätsauskünfte

Sofern wir im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung in der Lebensversicherung eine Bonitätsauskunft einholen, geschieht dies nur mit Ihrer vorherigen Einwilligung.

Detaillierte Informationen über die infoscore Consumer Data GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. finden Sie auf folgender Internetseite:

<https://finance.arvato.com/icdinfolblatt>

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie in der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformationen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter:

www.zurich.de/datenschutz

Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung dieser Hinweise sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, erhalten Sie getrennt nach Unternehmen unter:

www.zurich.de/datenschutz

Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft und der von Ihnen gegebenenfalls im Rahmen Ihres Versicherungsantrags oder der Leistungsbearbeitung abgegebenen Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung. Dies beinhaltet auch die Weitergabe von Daten an Dienstleister, soweit dies für Erbringung der Dienstleistung erforderlich ist. Diese Liste nennt solche Dienstleister sowie Kategorien von Dienstleistern. Dienstleister bzw. Dienstleisterkategorien, die hierzu Gesundheitsdaten erhalten könnten, sind mit ¹⁾ gekennzeichnet.

Einzelne Dienstleister können auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums niedergelassen sein. Eine Datenübermittlung an solche Dienstleister kann zum Beispiel erfolgen, wenn dies zwingend zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Vertrags erforderlich ist. Im Übrigen erfolgt eine solche Übermittlung nur, wenn das angemessene Datenschutzniveau am Sitz des Dienstleisters durch einen Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission (wie z. B. im Fall der Schweiz) oder durch geeignete Garantien, insbesondere den Abschluss der von der Europäischen Kommission erlassenen Standard-Datenschutzklauseln (diese können Sie bei uns erfragen), gewährleistet ist. Dienstleister bzw. Kategorien mit Sitz außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums sind mit ²⁾ gekennzeichnet.

An der zentralisierten Datenverarbeitung der Stammdaten teilnehmende Konzerngesellschaften

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft	Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland
Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft	DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft

Dienstleister, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
Deutscher Herold Aktiengesellschaft ¹⁾	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision)
TDG Tele Dienste GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland) ¹⁾	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision); Risikoprüfung, Vertragsverwaltung, Versicherungsvertrieb und Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen
Zurich Kunden Center GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)

Dienstleister, die für Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland (1. – 4.) sowie die DA Deutsche Allgemeine Versicherung AG (3. – 4.) tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
1. DKV Deutsche Krankenversicherung AG ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Auslandsreise-Krankenversicherung
2. Rheinland Versicherungs AG ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung mit eingeschlossener Zusatzversicherung
3. GDV Dienstleistungs-GmbH & Co KG	Diverse Service-Dienstleistungen (u. a. Not- und Zentralruf der dt. Autoversicherer, Verfahren zur elektr. Versicherungsbestätigung)
4. informa HIS GmbH	Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Kategorien von Dienstleistern, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrages ist bzw. die nur gelegentlich tätig werden

Dienstleisterkategorie	Gegenstand der Beauftragung
Adress-Dienstleister	Aktualisierung von Adressdaten
Archivierungs-/Entsorgungsunternehmen ¹⁾	Aktenarchivierung und Entsorgung von Akten/Datenträgern
Assistance-Dienstleister ^{1) 2)}	Assistanceleistungen
Call-Center	Telefondienstleistungen
Druckereien	Druckdienstleistungen (Druck/Postversand)
Elektronisches Versandmanagement	Versanddienstleistungen (E-Mail Versand)
Medizinische Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater etc.) ¹⁾	Analyse, Begutachtung und Beratung zu Rehabilitations- und sonstigen medizinischen Maßnahmen
Sonstige Gutachter, Sachverständige, Prüfdienstleister ¹⁾	Erstellung von Gutachten/Expertisen sowie Beratung in speziellen Fällen
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT- und Telekommunikationsdienstleister ^{1) 2)}	IT-Dienstleistungen (z. B. IT, Telefonie, Netzwerk, Wartung)
Logistikdienstleister ¹⁾	Posteingangsbearbeitung/Dokumenten-Management
Marketingagenturen	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Recherchedienstleister (z. B. Detekteien) ¹⁾	Auskunfts- und Recherchedienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien ¹⁾	Anwaltliche Dienstleistungen
Rehabilitationsdienste und Dienstleister für Hilfs- und Pflege- sowie medizinische Leistungen ¹⁾	Assistance-Leistungen (z. B. Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen)
Rückversicherer ^{1) 2)}	Einbindung in die Risiko- und Leistungsprüfung in speziellen Fällen
Schadendienstleister/Sanierer/Werkstätten	Unterstützung in der Schadenbearbeitung
Übersetzer und Dolmetscher	Übersetzungen und ähnliche Unterstützungsleistungen
Wirtschaftsprüfer	Prüfdienstleistungen

Hinweis: Sofern Dienstleister nicht streng weisungsgebunden als Auftragsverarbeiter eingesetzt werden, sondern eine eigene Entscheidungskompetenz haben (wie z. B. typischerweise bei Sachverständigen und Gutachtern), unterbleibt die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an einen solchen Dienstleister, wenn Sie dieser Übermittlung widersprechen und geltend machen können, dass in der konkreten Situation ausnahmsweise Ihre schutzwürdigen Interessen das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegen.

Stand: 08/2019