

Versicherungsbedingungen

für die fondsgebundene Rentenversicherung topinvest RENTE^{garant}



Wichtig für die Empfangs-
bestätigung im Antrag:
LVB-004
01.25

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung	3
2. Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung mit Dynamik	18
3. Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung mit Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Kapitalzahlung bei Invalidität zu einer aufgeschobenen klassischen oder fondsgebundenen Rentenversicherung (BU-Opti)	19
4. Bestimmungen über Gebühren zur fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantieleistung	24

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung

Inhaltsverzeichnis

Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?	§ 1	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	§ 15
Was ist unter der Garantieleistung zu verstehen?	§ 2	Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?	§ 16
Welche Optionen können Sie ausüben?	§ 3	Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	§ 17
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 4	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 18
Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	§ 5	Wer erhält die Versicherungsleistung?	§ 19
Wie verwenden wir Ihre Beiträge?	§ 6	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten.	§ 20
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 7	Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?	§ 21
Wann können Sie den Beitrag reduzieren?	§ 8	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 22
Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?	§ 9	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? Welche Vertragssprache gilt?	§ 23
Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen und welche Wirkung hat dies auf unsere Leistung?	§ 10	Wo ist der Gerichtsstand?	§ 24
Wann können Sie den Beitrag erhöhen?	§ 11	Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden?	§ 25
Können Sie Zuzahlungen zu den laufenden Beiträgen leisten?	§ 12	An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind	§ 26
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	§ 13		
Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) Rentenversicherung umwandeln?	§ 14		

§ 1 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

- (1) Die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung bietet vor Beginn der Rentenzahlung (Aufschubzeit) Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock wird gesondert von unserem sonstigen Vermögen in Anteilen an Investmentfonds angelegt. Zur Erreichung der Garantieleistung (vgl. § 2) werden Beitragsteile auch in unserem sonstigen Vermögen angelegt. Mit Beginn der Rentenzahlung werden die auf Ihren Vertrag entfallenden Anteile am Anlagestock entnommen und ebenfalls in unserem sonstigen gebundenen Vermögen angelegt. Ihre Versicherungsleistungen sind somit vom Wert der insgesamt gutgeschriebenen Anteilinheiten gemäß Abs. (2) zuzüglich des ggf. auf Ihren Vertrag entfallenden Anteils an unserem sonstigen Vermögen abhängig (Deckungskapital).
- (2) **Da die Wertentwicklung der Investmentfonds des Anlagestocks nicht vorauszusehen ist, können wir den Wert der Leistungen nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der von Ihnen gewählten Investmentfonds einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Kursrückgang tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Bei Werten, die nicht in Euro geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage zusätzlich beeinflussen. Zum vertraglich vereinbarten Ende der Aufschubzeit wird Ihr Deckungskapital grundsätzlich mindestens der vereinbarten Garantieleistung entsprechen. Die Garantieleistung ist der von Ihnen gewählte Prozentsatz der Summe der eingezahlten Beiträge der Hauptversicherung.**
- Das Konzept der Garantieleistung wird in § 2 dieser Bedingungen erläutert.
- (3) Den Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen

Anteilinheiten ermitteln wir durch Multiplikation der Zahl der Ihrer Versicherung gutgeschriebenen Anteile an den Investmentfonds mit den zum maßgeblichen Bewertungsstichtag festgestellten Rücknahmepreisen der Anteile.

- (4) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Anteilinheiten; Erträge, die ausgeschüttet werden, und Steuererstattungen rechnen wir in Anteilinheiten um und schreiben sie den einzelnen Versicherungsverträgen gut.

Rentenleistung

- (5) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten - im Versicherungsschein genannten - Rentenbeginn, zahlen wir - vorbehaltlich Abs. (11) - solange die versicherte Person lebt, eine vorschüssige, monatliche Rente in Euro. Die genaue Rentenhöhe kann erst nach dem Termin des Rentenbeginns errechnet werden. Aus diesem Grund erfolgt die erste Rentenzahlung bis spätestens zum 10. des Monats nach Rentenbeginn. Alle folgenden Renten zahlen wir jeweils zum Ersten eines Monats.
- (6) Erlebt die versicherte Person den vereinbarten Rentenzahlungsbeginn und ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir die Rente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt. Alternativ dazu steht dem Anspruchsberechtigten die Möglichkeit offen, das für die noch nicht abgelaufene Rentengarantiezeit zur Verfügung stehende Deckungskapital in einer Summe ausgezahlt zu erhalten. In diesem Fall wird mit der Rentenzahlung erst nach Ablauf der Rentengarantiezeit begonnen bzw. wird sie wieder aufgenommen, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch lebt. Die Höhe der bei Rentenbeginn garantierten Rente ändert sich dadurch nicht. Wenn Sie die Pflegeoption ausüben und zu diesem Zeitpunkt oder später Pflegebedürftigkeit besteht, gilt

für die Rentengarantiezeit § 3 Abs. (11) d).

- (7) - unbesetzt -
- (8) Die Höhe Ihrer Rente bei Rentenbeginn ist sowohl vom Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteilheiten sowie dem ggf. vorhandenen sonstigen Vermögen zum Rentenbeginn als auch von dem vereinbarten und im Versicherungsschein genannten garantierten Rentenfaktor, der die Höhe der jährlichen Rente pro 1.000 EUR Deckungskapital wiedergibt, abhängig. Zum Ende der vereinbarten Aufschubzeit steht jedoch mindestens der von Ihnen gewählte Prozentsatz der Summe der eingezahlten Beiträge der Hauptversicherung für die Bildung einer Rente zur Verfügung.
Zum vereinbarten Rentenbeginn wird die Rente berechnet, indem der durch 1.000 EUR geteilte Wert des Deckungskapitals mit dem Rentenfaktor multipliziert wird. Der Rentenfaktor basiert auf um 15 % reduzierten Sterbewahrscheinlichkeiten der anerkannten Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegendem Erlebensfallcharakter, unabhängig vom Geschlecht im Verhältnis 25 % Anteil Männer und 75 % Anteil Frauen gewichtet zu einer „mittleren“ Sterbewahrscheinlichkeit. Als Rechnungszins werden 0,25 % p. a. angesetzt. Wenn Sie die Pflegeoption ausüben, gilt für die Rechnungsgrundlagen § 3 Abs. (11) c).
- (9) Der Rentenfaktor gilt für den vereinbarten Rentenbeginn und ist für die gesamte Vertragslaufzeit garantiert.
Sollte sich zum vereinbarten Rentenbeginn nach den dann für neue Rentenversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Sterbetafeln, Rechnungszins) ein höherer Rentenfaktor ergeben, wird dieser verwendet.
- (10) Erreicht die so ermittelte Rente nicht den monatlichen Mindestbetrag von 25 EUR, wird anstelle der Rentenzahlungen eine einmalige Kapitalabfindung in Höhe des Deckungskapitals ausgezahlt.

Kapitalabfindung oder Übertragung der Anteilheiten

- (11) Sie können mit einer Frist von einer Woche zum nächsten Monatsersten durch Mitteilung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) verlangen, dass anstelle einer Rentenzahlung eine einmalige Kapitalabfindung in Höhe des Deckungskapitals ausgezahlt wird (Kapitalwahlrecht). Die Ausübung des Kapitalwahlrechts ist frühestens ab Beginn des 6. Versicherungsjahres und spätestens einen Monat vor Beginn der Rentenzahlung möglich.
- (12) Unter Beachtung der in Abs. (11) genannten Frist können Sie verlangen, dass zum Rentenbeginn nur ein Teil des vorhandenen Deckungskapitals als Kapitalabfindung erbracht wird und aus dem restlichen Deckungskapital eine Rente gemäß Abs. (5) gebildet wird. Voraussetzung für die Restverrentung ist, dass die Mindestrente gemäß Abs. (10) erreicht wird.
- (13) Anstelle der einmaligen oder Teilkapitalabfindung als Geldleistung kann der Anspruchsberechtigte zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung verlangen, dass ihm die entsprechenden Anteilheiten übertragen werden. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteilheiten zu übertragen und den Wert gebrochener Anteilheiten auszuführen. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Übertragung von Anteilheiten, so verringert sich die Zahl der zu übertragenden Anteilheiten durch die Übertragungskosten. Diese Gebühr wird nach unseren Bestimmungen über Gebühren für fondsgebundene Versicherungen gemäß § 22 erhoben. Ein Deckungskapital mit einem Wert geringer als 1.000 EUR erbringen wir ausschließlich als Geldleistung.
- (14) Mit Fälligkeit der Übertragung der Anteilheiten bzw. mit Fälligkeit der Kapitalabfindung erlischt die Versicherung.

Todesfalleistung

- (15) Stirbt die versicherte Person vor Beginn der Rentenzahlung, so wird das bis dahin angesammelte Deckungskapital ausgezahlt. Der Ermittlung des Wertes des Deckungskapitals legen wir dabei den in Abs. (16) genannten Stichtag zugrunde. Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des siebten Lebensjahres, ist die Leistung im Todesfall auf den von der Aufsichtsbehörde jeweils festgesetzten Betrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten (§ 150 Abs. 4 VVG) beschränkt.

Stichtag für die Berechnung von Versicherungsleistungen

- (16) Im Erlebensfall werden wir die Umrechnung des Deckungskapitals

in einen Geldbetrag zum Garantetermin des Wertsicherungsfonds des letzten Versicherungsmonats der Aufschubzeit vornehmen. Bei Kündigung (vgl. § 9), Beitragsfreistellung (vgl. § 10), Teilauszahlung (vgl. § 3 Abs. (1)), Ausübung des Kapitalwahlrechts (Abs. (11) und Abs. (12)) und Umwandlung (vgl. § 14) werden wir die Umrechnung des Deckungskapitals in einen Geldbetrag zum Garantetermin des Wertsicherungsfonds des letzten Versicherungsmonats, in dem die Kündigung, die Beitragsfreistellung, die Teilauszahlung, die Ausübung des Kapitalwahlrechts oder die Umwandlung wirksam wird, vornehmen.
Bei Tod der versicherten Person werden wir die Umrechnung des Deckungskapitals in einen Geldbetrag unverzüglich nach Eingang der Todesfallmeldung vornehmen.

Sollte die Rücknahme von Fondsanteilen zum Beginn der Auszahlungsphase ausgesetzt sein, so werden diese zunächst von der Rentenberechnung ausgenommen. Sobald die Rücknahme der Fondsanteile wieder aufgenommen wird, erhöht deren Anteilswert die lebenslange Rentenzahlung. Im Falle der Kündigung und Beitragsfreistellung gilt dies entsprechend.

Ablaufmanagement

- (17) Wir werden 5 Jahre, bei Aufschubdauern unter 10 Jahren 3 Jahre, vor dem vereinbarten – im Versicherungsschein genannten – Rentenbeginn unabhängig vom Kapitalmarktverlauf die Ihrem Vertrag gutgeschriebenen Fondsanteile der freien Fondsanlage schrittweise in einen Zielfonds umschichten (passives Ablaufmanagement). Spätestens sechs Wochen vor Beginn des Ablaufmanagements werden wir Sie in Textform auf das bevorstehende Ende der Aufschubzeit hinweisen und Ihnen einen Zielfonds mit geringem Schwankungsrisiko vorschlagen. Sie haben ab Zugang dieses Benachrichtigungsschreibens sechs Wochen Gelegenheit, selbst einen Fonds aus unserem Angebot zu wählen, in den die Fondsanteile umgeschichtet werden sollen. Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt.

Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung von Ihnen zu, gilt der von uns vorgeschlagene Zielfonds als von Ihnen ausgewählt.

Wir werden in jedem Monat aus den von Ihnen gewählten Fonds der freien Fondsanlage 1/m des Fondsguthabens, welches sich noch nicht im Zielfonds befindet, in den Zielfonds umschichten, wobei „m“ die Anzahl der restlichen Monate der Aufschubzeit zum Zeitpunkt der Umschichtung bezeichnet. Das Umschichten im Rahmen des Ablaufmanagements erfolgt jeweils zum ersten Börsentag eines jeden Monats in Frankfurt am Main.

Sie können jederzeit mit einer Frist von einer Woche zum nächsten ersten Börsentag eines jeden Monats in Frankfurt am Main auch während des laufenden Ablaufmanagements den Zielfonds wechseln. Hierfür genügt eine einfache Mitteilung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail). Danach wird in jedem Monat 1/m des Fondsguthabens, welches sich noch nicht im neu gewählten Zielfonds befindet, in den neu gewählten Zielfonds umgeschichtet, wobei „m“ die Anzahl der restlichen Monate der Aufschubzeit zum Zeitpunkt der Umschichtung bezeichnet.

Für das Umschichten werden weder Kosten noch Ausgabeaufschläge berechnet.

Sie haben jederzeit das Recht, das Ablaufmanagement mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) zu deaktivieren. Nach einer Deaktivierung haben Sie jederzeit die Möglichkeit, das Ablaufmanagement zum nächsten Monatsersten zu aktivieren.

- (18) Sollte die Umschichtung in den Zielfonds zu Beginn oder während des Ablaufmanagements nicht mehr möglich sein (vgl. § 6 Abs. (7)), werden wir Sie hierüber in Textform benachrichtigen. Wir werden Ihnen dann einen Ersatzfonds vorschlagen. Die Regelungen des § 6 Abs. (7) gelten entsprechend.

§ 2 Was ist unter der Garantieleistung zu verstehen?

- (1) Die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung basiert auf einer unmittelbaren Beteiligung an der Wertentwicklung eines so genannten Wertsicherungsfonds. Dabei handelt es

sich um einen Fonds, der innerhalb bestimmter Zeiträume nur beschränkte Kursverluste erleiden kann. Der Ihrem Vertrag zu Grunde liegende Wertsicherungsfonds ist im Versicherungsschein dokumentiert.

- (2) In Abhängigkeit von den gewählten Tarifparametern (wie z. B. der gewählten Dauer der Aufschubzeit) kann eine Garantieleistung in Prozent der Beitragssumme vereinbart werden. Mit der Garantieleistung sorgen wir dafür, dass zum vereinbarten Rentenbeginn Ihr Deckungskapital mindestens dem von Ihnen gewählten Prozentsatz der Summe Ihrer gezahlten Beiträge der Hauptversicherung entspricht. Dies gilt auch für den Fall einer Beitragsfreistellung.

Zu diesem Zweck legen wir vor Rentenbeginn Beitragsteile in dem Wertsicherungsfonds und in unserem sonstigen Vermögen an (Garantieguthaben). Innerhalb des Garantieguthabens erfolgt regelmäßig monatlich zum Garantietermine des Wertsicherungsfonds die Aufteilung nach einem tariflich festgelegten, methodischen und die allgemeine anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berücksichtigenden Rechenverfahren auf das konventionelle Deckungskapital (sonstiges Vermögen) und den Wertsicherungsfonds so, dass nach versicherungsmathematischen Grundsätzen die dauerhafte Erfüllbarkeit der Garantieleistung sichergestellt ist (Umschichtungsverfahren).

Hinweis: Die Fondsgesellschaft kann sich vorbehalten, die Rücknahme der Anteile am Wertsicherungsfonds aus Gründen, die nicht von uns zu vertreten sind, vorübergehend auszusetzen. In diesem Fall kann die davon betroffene Umschichtung erst verspätet an dem Tag durchgeführt werden, an welchem die Fondsgesellschaft die Anteile am Wertsicherungsfonds wieder zurücknimmt. Die Rücknahme der Anteile erfolgt ebenfalls zu dem an diesem Tag geltenden Fondsrückgabewert. Während der Zeit der Aussetzung der Rücknahme kann der Kurs des Wertsicherungsfonds fallen oder steigen. Die ausgesetzte Rücknahme der Anteile am Wertsicherungsfonds hat auf die vereinbarte Garantieleistung jedoch keine Auswirkung.

Die Umschichtungen im Rahmen des Umschichtungsverfahrens sind gebührenfrei, d.h. der Wert des Deckungskapitals zum Umschichtungszeitpunkt ändert sich durch die Umschichtungen nicht.

- (3) Die Kursentwicklung des Wertsicherungsfonds kann dazu führen, dass im Garantieguthaben Mittel vorhanden sind, die nicht mehr zur Sicherstellung der Garantieleistung benötigt werden. Diese Mittel stehen dann für die freie Fondsanlage zur Verfügung. Mittel, die im Rahmen des Umschichtungsverfahrens der freien Fondsanlage zugeführt werden, verbleiben dort (Ausnahme: Lock-in, § 3 Abs. (12)) und werden erst bei Rentenbeginn in unserem sonstigen Vermögen angelegt (§ 1 Abs. (1)). Über die Anlage der freien Fondsanlage können Sie im Rahmen der von uns angebotenen Investmentfonds selbst bestimmen und diese Aufteilung während der Vertragslaufzeit ändern (§ 6 Abs. (5)). Die Kursentwicklung des Wertsicherungsfonds kann auch dazu führen, dass die zur Sicherstellung der Garantieleistung benötigten Mittel ausschließlich in unserem sonstigen Vermögen angelegt sind.
- (4) Bitte beachten Sie, dass die Garantieleistung nur zum Ende der vereinbarten Aufschubzeit gilt. Sie greift nicht im Todesfall (§ 1 Abs. (15)), bei Kündigung (§ 9), bei vorzeitiger Kapitalabfindung vor Rentenbeginn (§ 1 Abs. (11)), bei vorzeitigem Rentenbeginn (§ 3 Abs. (6)), oder bei Umwandlung in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) Rentenversicherung (§ 14).
- (5) Sollten hinsichtlich des Wertsicherungsfonds erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den Wertsicherungsfonds auszutauschen.

Erhebliche Änderungen können insbesondere sein:

- Der Wertsicherungsfonds wird aufgelöst, die Ausgabe oder Rücknahme von Anteileneinheiten wird eingestellt.
- Die Kapitalanlagegesellschaft, die den Fonds verwaltet, verliert ihre Zulassung für den Vertrieb von Investmentanteilen, stellt deren Vertrieb ein oder kündigt die mit uns bestehende Vertriebsvereinbarung.
- Änderung der Fristen für den Kauf oder Verkauf von Fonds durch die Kapitalanlagegesellschaft; hierzu zählt auch die zeitweise Aussetzung der Rücknahme.
- Eine namhafte Ratingagentur oder ein internes Rating stuft die Bonität des Garantiegebers des Fonds wesentlich herab.

Im Fall des Austausches werden wir versuchen, einen vergleich-

baren Ersatz zu finden. Beim Austausch des Wertsicherungsfonds kann es zu einer erneuten Aufteilung des Garantieguthabens kommen. Ist es nicht oder nicht zeitnah möglich, einen Ersatz zu finden, wird das Garantieguthaben soweit in unser sonstiges Vermögen umgeschichtet, wie dies zur Erfüllung der Garantieleistung notwendig ist. Der darüber hinausgehende Teil wird der freien Fondsanlage zugeführt.

Über einen Austausch werden wir Sie rechtzeitig in Textform informieren.

Den Garantieprozentsatz können Sie - mit Wirkung zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihres Antrages in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) - bis zum Beginn der Rentenzahlung ein Mal pro Versicherungsjahr in 5 %-Schritten erhöhen oder verringern. Der Garantieprozentsatz muss mindestens 50 % und darf höchstens 80 % betragen. Sie können den Garantieprozentsatz jedoch nur erhöhen, wenn zum Zeitpunkt der Erhöhung die neue Garantiehöhe finanzierbar ist, d. h. es muss ausreichend Vertragsguthaben in Ihrem Vertrag vorhanden sein, um das höhere garantierte Kapital zu sichern. Die Absicherung erfolgt gemäß § 2 Absatz (2).

§ 3 Welche Optionen können Sie ausüben?

Teilauszahlungen während der Aufschubzeit (Teilkündigung)

- (1) Sie können eine Teilauszahlung auf die Versicherungsleistung erhalten, wenn das Deckungskapital nach der Teilauszahlung mindestens 5.000 EUR und der unter den vorgenannten Bestimmungen errechnete Teilauszahlungsbetrag mindestens 1.000 EUR beträgt. Die Wertfeststellung der Anteileneinheiten werden wir zum Stichtag gemäß § 1 Abs. (16) vornehmen. Bei einer Teilauszahlung reduziert sich die Garantieleistung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.
- (2) Eine Rückzahlung der Teilauszahlung ist nicht möglich.
- (3) Für die Teilauszahlung nehmen wir einen anteiligen Stornoabzug gemäß § 9 Abs. (5) vor.
- (4) - unbesetzt -

Auszahlungen während der Rentenbezugszeit

- (5) Sofern eine Rentengarantiezeit vereinbart ist und die Pflegeoption nicht ausgeübt wurde, besteht nach Beginn der Rentenzahlung, frühestens zum Schluss des ersten Rentenzahlungsjahres die Möglichkeit, eine Teilauszahlung aus dem Vertragsguthaben in Anspruch zu nehmen. Nach der Teilauszahlung wird das verbleibende Kapital für die restliche Rentengarantiezeit in eine entsprechend reduzierte Rente umgewandelt. Die Neuberechnung dieser Rente erfolgt dabei mit unveränderten Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Sterbetafel). Nach dem Ende der Rentengarantiezeit wird wieder die ursprünglich vereinbarte garantierte Rente gezahlt.

Für eine Teilauszahlung gelten folgende Regelungen:

- die Teilauszahlung beträgt mindestens 1.000 EUR,
- die Höhe der Teilauszahlung ist auf den Barwert der ausstehenden garantierten Renten in der verbleibenden Rentengarantiezeit beschränkt; der Barwert entspricht den mit dem Rechnungszins der Rentenzahlungszeit abgezinsten garantierten Renten der Rentengarantiezeit.

Entnehmen Sie den Barwert der ausstehenden garantierten Renten **nur teilweise**, darf die Rente, die sich nach der Teilauszahlung aus dem verbleibenden Vertragsguthaben ergibt, nicht unter die Mindestrente von 300 EUR jährlich sinken.

Entnehmen Sie den Barwert der ausstehenden garantierten Renten **vollständig**, reduziert sich die Rente für die verbleibende Rentengarantiezeit auf 0,00 EUR.

Für die Teilauszahlung erheben wir eine Gebühr nach unseren Bestimmungen über Gebühren für fondsgebundene Versicherungen mit Garantieleistung gemäß § 22.

Vorzeitiger Rentenbeginn

- (6) Sie haben das Recht, bis spätestens einen Monat vor dem Ende der Aufschubzeit mit Frist von einer Woche zum nächsten Monatsersten in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) zu ver-

langen, dass der Beginn der Rentenzahlung unter Herabsetzung des Rentenfaktors gemäß § 1 Abs. (8) und (9) vorverlegt wird. Die Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) bleiben dabei unverändert. Basis für die Ermittlung der vorgezogenen Rente sind das erreichte Alter der versicherten Person und der Geldwert des Deckungskapitals, das zum vorgezogenen Rentenbeginn vorhanden ist. Die Dauer einer vereinbarten Rentengarantiezeit ändert sich durch die Vorverlegung des Rentenbeginns nicht. Kosten entstehen Ihnen dabei nicht. Voraussetzung für eine Vorverlegung des Beginns der Rentenzahlung ist, dass die Mindestrente gemäß § 1 Abs. (10) erreicht wird.

Eine Teilkapitalabfindung zum Zeitpunkt des vorzeitigen Rentenbeginns ist unter der Voraussetzung des § 1 Abs. (12) möglich.

Flexible Zuwachsphase

(7) Ist die flexible Zuwachsphase vereinbart, so schließt diese an die Aufschubzeit an. Die flexible Zuwachsphase endet mit Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet. Während der flexiblen Zuwachsphase können Sie

- bei beitragspflichtigen Versicherungen weiterhin den vollen, einen verminderten oder keinen Beitrag entrichten; ein vermindelter Beitrag ist jedoch nur möglich, wenn der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den Mindestbeitrag von 300 EUR jährlich nicht unterschreitet
- bei beitragspflichtigen Versicherungen mit Frist von einem Monat zum Ende der jeweiligen Versicherungsperiode den Beginn der für diesen Zeitpunkt vereinbarten Rentenzahlung durch Mitteilung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) verlangen. Bei beitragsfreien Versicherungen beträgt diese Frist einen Monat. Anstelle einer Rentenzahlung können Sie innerhalb derselben Frist verlangen, dass eine einmalige Kapitalabfindung in Höhe des Deckungskapitals ausgezahlt wird (Kapitalwahlrecht). Alternativ können Sie auch verlangen, dass zum Rentenbeginn nur ein Teil des vorhandenen Deckungskapitals als Kapitalabfindung erbracht wird und aus dem restlichen Deckungskapital eine Rente gemäß § 1 Abs. (5) bzw. § 3 Abs. (11) b) gebildet wird. Voraussetzung für die Restverrentung ist, dass die Mindestrente gemäß § 1 Abs. (10) erreicht wird.

Die Rentenfaktoren für die flexible Zuwachsphase können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Die Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel, Rechnungszins) bleiben dabei unverändert.

Durch die flexible Zuwachsphase kann sich die vereinbarte Rentengarantiezeit verkürzen. Die genaue Dauer können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Bitte beachten Sie, dass die Garantieleistung nur zum Ende der vereinbarten Aufschubzeit gilt.

Wir werden Sie mindestens sechs Wochen vorher in Textform über den Beginn der flexiblen Zuwachsphase informieren und Sie auffordern, uns mitzuteilen, in welche Fonds das Guthaben und die weiteren künftigen Mittel übertragen werden sollen. Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt.

Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung von Ihnen zu, werden wir zu Beginn der flexiblen Zuwachsphase die Übertragung des Guthabens und der weiteren künftigen Mittel bis zum Rentenbeginn in einen Fonds veranlassen, der den Erhalt des Kapitals bei niedrigem Risiko und üblichen Zinserträgen erwarten lässt (z. B. Geldmarktfonds oder geldmarktnaher Fonds). Auf diesen Fonds werden wir Sie einschließlich der Kriterien für dessen Auswahl in unserer Benachrichtigung ausdrücklich hinweisen. Den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen ebenfalls in unseren Benachrichtigungen mitteilen. Wir werden Sie in unserer Benachrichtigung ebenfalls nochmals ausdrücklich darauf hinweisen, dass für den Fall, dass Sie sich nicht innerhalb der 6-wöchigen Frist für einen Fonds entscheiden, der von uns nach den vorstehenden Kriterien vorgeschlagene Fonds als gewählt gilt.

Der Fondswechsel ist kostenlos.

(8) Im Todesfall während der flexiblen Zuwachsphase wird das bis zum Todeszeitpunkt angesammelte Deckungskapital gemäß § 1 Abs. (15) geleistet.

Kostenverrechnung bei beitragsfreien Verträgen in der flexiblen Zuwachsphase

(9) Die für beitragsfreie Versicherungen benötigten Verwaltungskostenanteile und ggf. die Gebühr für das Management des Strategiedepots werden gemäß § 6 Abs. (1) bis zum Vertragsende dem Deckungskapital entnommen. Dies kann – bei ungünstiger Entwicklung des Werts der zugrunde liegenden Investmentfonds – dazu führen, dass das Deckungskapital vor Auszahlung einer Kapitalabfindung bzw. vor Erreichen des Rentenbeginns aufgebraucht ist. In diesem Fall erlischt der Versicherungsvertrag und damit der Versicherungsschutz. Hierüber werden wir Sie informieren.

Rebalancing für Ihr Fondsguthaben in der freien Fondsanlage

(10) Sie können eine automatische Umschichtung des Fondsguthabens (Rebalancing) für die Einzelfonds der freien Fondsanlage (vgl. § 2 Abs. (3)) mit uns vereinbaren, sofern Ihr freies Fondsguthaben aus Anteilen an mehr als einem Fonds besteht. Sofern Ihr Fondsinvestment Anteile an Garantiefonds oder Strategiedepots (vgl. § 6 Abs. (4)) beinhaltet, ist ein Rebalancing nicht möglich.

Durch die unterschiedliche Wertentwicklung der Fonds verändert sich laufend die Gewichtung des Guthabens der Fonds zueinander. Mit dem Rebalancing wird das freie Fondsguthaben in dem Verhältnis neu aufgeteilt, welches Sie für die Anlage der Beiträge und Überschüsse in Fonds zuletzt mit uns vereinbart haben.

Das Rebalancing kann mit einer Frist von zwei Wochen zum Jahrestag des Versicherungsbeginns (Hauptfälligkeit) durch Mitteilung an uns in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) vereinbart werden. Es wird dann jährlich zur Hauptfälligkeit Ihres Vertrages automatisch durchgeführt. Sie können das Rebalancing jederzeit auch mit einer Frist von zwei Wochen zur nächsten Hauptfälligkeit in Textform wieder abwählen.

Das Rebalancing endet jedoch automatisch

- mit Beginn oder Aktivierung des Ablaufmanagements (§ 1 Abs. (17)), oder
- wenn Sie einen Fondswechsel nach § 6 Abs. (5) a) oder b) durchführen, oder
- mit Beginn der Rentenzahlung.

Sie können außerdem jederzeit ein außerplanmäßiges Rebalancing Ihrer Einzelfonds der freien Fondsanlage verlangen. In diesem Fall wird das Rebalancing einmalig nach Eingang Ihres Auftrages in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) unverzüglich durchgeführt. Das außerplanmäßige Rebalancing ist jedoch nicht möglich bei laufendem Ablaufmanagement (§ 1 Abs. (17)).

Für das Rebalancing entstehen Ihnen keine Kosten.

Das Rebalancing ist während der Aussetzung und bei endgültiger Einstellung der Rücknahme von Fondsanteilen durch die Kapitalanlagegesellschaft nicht möglich.

Pflegeoption

(11) Die Pflegeoption kann - sofern diese vertraglich vereinbart ist - auf Antrag zum vereinbarten, im Versicherungsschein dokumentierten Rentenbeginn ausgeübt werden. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

Die Ausübung der Pflegeoption ist **nur möglich**, wenn Bezugsberechtigter für die Rentenleistung eine der folgende Personen ist:

- die versicherten Person,
- ein (naher) Angehöriger der versicherten Person nach § 7 Pflegezeitgesetz bzw. § 15 Abgabenordnung,
- der oder die gesetzliche(n) Vertreter der versicherten Person oder
- ein Treuhänder der versicherten Person.

a) Die Pflegeoption kann auch dann ausgeübt werden, wenn Sie den Rentenbeginn gemäß Abs. (6) vorverlegen oder Sie sich in der flexiblen Zuwachsphase gemäß Abs. (7) befinden und die versicherte Person bei Rentenbeginn mindestens das rechnungsmäßige¹ Alter von 60 Jahren und höchstens das

¹Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

rechnungsmäßige¹ Alter von 75 Jahren erreicht hat.
Die Pflegeoption kann jedoch nicht mehr nach dem Beginn der Rentenzahlung ausgeübt werden. Haben Sie die Pflegeoption ausgeübt, kann diese nicht mehr rückgängig gemacht werden. Bei Ausübung der Pflegeoption ist eine Teilauszahlung während der Rentenbezugszeit (§ 3 Abs. (5)) nicht mehr möglich.

Rentenleistung bei Ausübung der Pflegeoption

b) Mit Ausübung der Pflegeoption erbringen wir zum vereinbarten Rentenbeginn - anstatt der mit dem Rentenfaktor gemäß § 1 Abs. (8) und (9) errechneten Altersrente - eine niedrigere Altersrente mit Erhöhung der Rente im Fall der Pflegebedürftigkeit. Die Höhe dieser niedrigeren Rente wird aus dem zum Rentenzahlungsbeginn vorhandenen Eurowert des Vertragsguthabens und dem Rentenfaktor bei Ausübung der Pflegeoption ermittelt.

(1) Das rechnungsmäßige¹ Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Rentenfaktor bei Ausübung der Pflegeoption

c) Der Rentenfaktor bei Ausübung der Pflegeoption gibt die Höhe der jährlichen Rente an, die je 1.000 EUR Vertragsguthaben bei Wahl der Pflegeoption geleistet wird, solange die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist. Bei Pflegebedürftigkeit verdoppelt sich die ermittelte garantierte Rente.

Der Rentenfaktor bei Ausübung der Pflegeoption basiert auf Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2004R (Männer/Frauen) für Versicherungen mit überwiegendem Erlebensfallcharakter, unabhängig vom Geschlecht im Verhältnis 25 % Anteil Männer und 75 % Anteil Frauen gewichtet zu einer „mittleren“ Sterbewahrscheinlichkeit. Als Rechnungszins werden 0,25 % p. a. angesetzt. Zusätzlich gehen in die Kalkulation Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten zum Pflegeisiko ein, die auf den anerkannten Rechnungsgrundlagen der Deutschen Aktuarvereinigung DAV 2008 P basieren. Der im Versicherungsschein genannte garantierte Rentenfaktor bei Ausübung der Pflegeoption wird mit um 15 % reduzierten Sterbewahrscheinlichkeiten und unternehmenseigenen Pflegeeinzelindizes gerechnet. § 1 Abs. (9) gilt entsprechend.

Dauer der Rentenzahlung

d) Der Anspruch auf die erhöhte Altersrente im Fall der Pflegebedürftigkeit entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Pflegebedürftigkeit folgt, jedoch frühestens mit dem vereinbarten Beginn der Altersrente. Wird uns die Pflegebedürftigkeit später als sechs Monate nach ihrem Eintritt mitgeteilt, entsteht der Anspruch auf die erhöhte Altersrente im Fall der Pflegebedürftigkeit erst mit Beginn des Monats der Mitteilung, es sei denn, die verspätete Mitteilung erfolgte ohne schuldhaftes Versäumnen des Anspruchstellers.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt, gezahlt.

Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart, zahlen wir unter Beachtung der nachfolgenden Regelung die Rente mindestens bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Termin erlebt.

Wird die versicherte Person pflegebedürftig und leisten wir die erhöhte Altersrente bei Pflegebedürftigkeit, verkürzt sich eine ggf. länger als fünf Jahre vereinbarte Rentengarantiezeit auf fünf Jahre, gemessen vom Beginn der Altersrente an. Zusätzlich gilt im Fall von Pflegebedürftigkeit die Rentengarantiezeit nur für den nicht erhöhten Teil der Altersrente, die Zahlung des erhöhten Teils der Altersrente endet stets mit dem Tod der versicherten Person.

Pflegebedürftigkeit

e) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für die in Abs. (11) f) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

f) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt: wir leisten bei 2 oder mehr Punkten.

Die versicherte Person benötigt Hilfe bei(m)

- Mobilität: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

- An- und Auskleiden: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

- Körperpflege: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

- Baden und Duschen: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

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

- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- 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.

g) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen vor, wenn

- die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf
- 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 geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

h) Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen liegt außerdem vor, wenn bei der versicherten Person seit mindestens 6 Monaten mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, vorliegen und in deren Folge die versicherte Person kontinuierliche Aufsicht benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde (mittelschwere oder schwere Demenz).

Eine mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist dann gegeben, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die

¹Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg vorliegt. Dies ist durch einen Facharzt (Neurologen) auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittel-schwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinne und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

- i) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 6 Monaten noch anhält.
- j) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig (Abs. (11) e) bis h)) gewesen, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Pflegebedürftigkeit.

Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt werden?

k) Werden Leistungen aus dieser Pflegeoption verlangt (Leistungsanforderung), so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Dokumente in anderen Sprachen sind auf unser Verlangen von einem in Deutschland öffentlich bestellten und allgemein vereidigten Übersetzer in die deutsche Sprache zu übersetzen:

- amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
- eine Darstellung der Ursachen für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder behandelt oder untersucht haben, über Ursachen, Beginn, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

l) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten und die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für die Flüge der economy class erstattet. Die Übernachtungskosten werden von uns höchstens in einem 3-Sterne-Hotel und für die Dauer der Untersuchung inklusive An- und Abreisetafeln übernommen.

Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?

m) Solange eine Mitwirkungspflicht nach Abs. (11) k) oder l) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich 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. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die Ansprüche aus der Pflegeoption bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

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

Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Lock-in

- (12) Sie haben die Möglichkeit, Guthaben in Ihrer freien Fondsanlage abzusichern, indem es bei Erreichen eines bestimmten Betrages (automatisiertes Lock-in) oder auf Wunsch (außerplanmäßiges Lock-in) in das Garantieguthaben umgeschichtet wird (§ 2 Abs. (2)). So wird das umgeschichtete Guthaben vor möglichen Kursverlusten geschützt. Die Garantieleistung erhöht sich dadurch um den abgesicherten Betrag.

Außerplanmäßiges Lock-in

- a) Sie können durch Mitteilung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) jeweils mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsersten beantragen, dass Ihr aktuelles Fondsguthaben in der freien Fondsanlage vollständig oder teilweise abgesichert wird (Lock-in). Voraussetzung ist, dass mindestens ein Betrag in Höhe von 1.000 EUR abgesichert wird.

Automatisiertes Lock-in

- b) Sie können auch durch Mitteilung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) mit einer Frist von zwei Wochen zum nächsten Monatsersten oder bereits bei Antragsstellung die Option „automatisiertes Lock-in“ aktivieren. Die Wahl des automatisierten Lock-in ist jedoch nicht möglich bei laufendem Ablaufmanagement (§ 1 Abs. (17)).

In diesem Fall wird das Lock-in automatisch nach Erreichen eines Betrages von 1.000 EUR Ihres freien Fondsguthabens durchgeführt. Ob dieser Betrag erreicht ist, wird im Rahmen des automatisierten Lock-in erstmals 12 Monate nach Vertragsbeginn geprüft, sodann fortlaufend zu jedem Monatsersten.

- c) Das automatisierte Lock-in endet

- mit Beginn oder Aktivierung des Ablaufmanagements (§ 1 Abs. (17)), oder
- mit Ablauf der Aufschubzeit.

Sie können das automatisierte Lock-in aber auch jederzeit durch Mitteilung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) abwählen.

Durch den Ein- und Ausschluss des Lock-in entstehen Ihnen keine Kosten.

- d) Fondsanteile, deren Rücknahme von der Kapitalanlagegesellschaft ausgesetzt oder endgültig eingestellt ist, werden beim Lock-in nicht berücksichtigt.
- e) Es kann nicht gewährleistet werden, dass die im Rahmen des Lock-in-Mechanismus und/oder des automatisierten Lock-in-Mechanismus durchgeführten Absicherungen grundsätzlich zu höheren Ablaufleistungen führen.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Abs. (2)).

§ 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer fondsgebundenen Rentenversicherung sind als Einmalbetrag oder in Form von laufenden Beiträgen für jede Versicherungsperiode in Euro zu entrichten. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Beitragszahlungsweise und kann je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein.

- (2) Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind zum Beginn der jeweiligen Versicherungsperiode fällig und an uns zu zahlen.

- (3) Die Beiträge zahlen Sie ausschließlich im Lastschriftverfahren. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab. Wir sind berechtigt, in Einzelfällen auch eine Überweisung zu verlangen.
- (4) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Abs. (2)) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Die Zahlung gilt 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 Lastschriftverfahrens zu verlangen.

- (5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (6) Bei Fälligkeit einer Leistung können wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
- (7) Die Beiträge sind bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person, zu entrichten.

§ 6 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

- (1) Ihre Beiträge für die Hauptversicherung, soweit sie nicht zur Deckung von Kosten vorgesehen sind, verzinsen wir vom Tag des Geldeingangs an taggenau - wobei wir für jeden Kalendermonat 30 Zinstage zu Grunde legen - mit dem tariflichen Garantiezinssatz von 0,25 % p.a. und führen im Rahmen des Umschichtungsverfahrens (§ 2 Abs. (2)) entsprechend dem für die Garantieleistung (vgl. § 2) erforderlichen Verhältnis und den mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen über die freie Fondsanlage (§ 2 Abs. (3) bzw. § 3 Abs. (10)) dem Anlagestock bzw. unserem sonstigen Vermögen gemäß § 1 Abs. (1) zu. Die in unserem sonstigen Vermögen angelegten Teile der Beiträge verzinsen wir mit dem tariflichen Garantiezinssatz von 0,25 % p.a.. Die aufgelaufenen Zinsen werden monatlich zu dem Garantitermin des Wertsicherungsfonds in das Umschichtungsverfahren gemäß § 2 Abs. (2) mit einbezogen. Zum Garantitermin des Wertsicherungsfonds werden tarifliche Kosten entnommen. Eine Umrechnung in Anteilseinheiten erfolgt gemäß Abs. (2). Die bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag sowie bei beitragsfreien Versicherungen kalkulierten Kosten für den Versicherungsbetrieb entnehmen wir monatlich zum Garantitermin des Wertsicherungsfonds dem Deckungskapital. Wenn Sie ein Strategiedepot gemäß Abs. (4) gewählt haben, entnehmen wir Ihrem Deckungskapital ferner, einmal im Jahr auf Basis des Deckungskapitals zum Stichtag 31.12., die Gebühr für das Management des Strategiedepots. Sollte nicht während des gesamten Kalenderjahres Deckungskapital in einem Strategiedepot gehalten worden sein, berechnen wir die Gebühr anteilig. Bei Kündigung bzw. im Jahr der ersten Rentenzahlung erfolgt die Gebühr auf Basis des Deckungskapitals zum jeweiligen Stichtag (§ 1 Abs. (16)). Die Höhe der Gebühr können Sie der jeweils aktuellen „Fonds-Übersicht“ entnehmen, die Sie jederzeit bei uns anfordern können.
- (2) Der entsprechend dem für die Garantieleistung (vgl. § 2) erforderlichen Verhältnis und den mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen über die freie Fondsanlage (§ 2 Abs. (3) bzw. § 3 Abs. (10)) zur Anlage bestimmte Teil des Beitrages wird in Anteilen des Anlagestocks angelegt. Bei der Umrechnung in Anteilseinheiten wird der zum Zeitpunkt des Umschichtungsverfahrens festgestellte Anteilpreis zugrunde gelegt. Ein Ausgabeaufschlag wird nicht erhoben, solange wir von der entsprechenden Investmentgesellschaft den Fonds ohne Ausgabeaufschlag angeboten bekommen.
- (3) Die Auswahl der verschiedenen Investmentfonds der freien Fondsanlage und die Festlegung der prozentualen Aufteilung können Sie selbst vornehmen (individuelle Fondsauswahl). Sie können dabei gleichzeitig maximal 10 Investmentfonds besparen. Bei der Festlegung Ihrer Fondsauswahl muss der Anteil pro gewähltem Investmentfonds mindestens 1 % betragen. Entscheiden Sie sich für eines der angebotenen Strategiedepots, so ist dieses ausschließlich zu 100 % auswählbar. Eine Liste der möglichen Fonds und Strategiedepots finden Sie in der „Fonds-Übersicht“.
- (4) Die Auswahl und die Festlegung der prozentualen Aufteilung der

Investmentfonds erfolgt für die Strategiedepots durch einen Anlageausschuss. Indem Sie ein bestimmtes Strategiedepot auswählen, ermächtigen Sie die uniVersa Lebensversicherung a.G., im Rahmen der Anlagerichtlinie des Strategiedepots Umschichtungen vorzunehmen.

Wie können Sie Fonds wechseln?

- (5) Im Rahmen der freien Fondsanlage gemäß § 2 Abs. (3) können Sie jederzeit eine kostenlose Änderung der von Ihnen bestimmten Investmentfonds oder des Strategiedepots verlangen (Fondswechsel). Sie können hierbei aus allen zum Zeitpunkt des Wechsels für diesen Tarif zulässigen Investmentfonds und Strategiedepots auswählen.

Für einen Fondswechsel bestehen folgende Möglichkeiten:

- a) Ihr vorhandenes freies Fondsguthaben wird entsprechend der neu festgelegten Verteilung umgeschichtet (Shift).
- b) Ihre künftigen Sparbeiträge für die freie Fondsanlage werden entsprechend der neu festgelegten Verteilung angelegt (Switch).
- c) Es werden sowohl Ihr vorhandenes freies Fondsguthaben als auch Ihre künftigen Sparbeiträge für die freie Fondsanlage entsprechend der neu festgelegten Verteilung umgeschichtet bzw. angelegt.

Ein Fondswechsel in Verbindung mit einem Strategiedepot erfolgt ausschließlich nach Möglichkeit c).

Die Anzahl der Investmentfonds, die in Ihrem Depot gleichzeitig gehalten werden können, ist unbegrenzt.

Die Umrechnung des Guthabens werden wir bei einem Fondswechsel nach den Abs. a) oder c) nach Eingang Ihres Auftrages in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) unverzüglich vornehmen. Wünschen Sie den Fondswechsel zu einem späteren Termin, ist der Anteilpreis des Börsentages, zu welchem Sie die Änderung wünschen, maßgebend. Fällt Ihr Wunschtermin auf einen börsenfreien Tag, gilt der letzte Börsentag davor.

- (6) – unbesetzt –

Wann können wir einen von Ihnen gewählten Fonds austauschen?

- (7) Wenn die Kapitalanlagegesellschaft die Ausgabe von Anteilen eines in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds beschränkt, aussetzt oder endgültig einstellt, werden wir Sie hierüber in Textform benachrichtigen.
- a) Ist Ihre laufende Beitragszahlung von dieser Änderung betroffen, werden wir Ihnen als Ersatz einen neuen Fonds vorschlagen. Der neue Fonds soll dabei in Anlageziel und Anlagepolitik dem bisherigen Fonds weitgehend entsprechen (Ersatzfonds). Auf die Auswahlkriterien dieses Fonds werden wir Sie ausdrücklich in unserem Schreiben hinweisen. Sofern Sie unserem Vorschlag nicht innerhalb von sechs Wochen ab Zugang des Benachrichtigungsschreibens widersprechen, werden wir Ihre für die Anlage vorgesehenen Beitragsteile ab dem von uns genannten Termin (Fondswechselstichtag) in den Ersatzfonds anlegen. Im Falle eines Widerspruchs müssen Sie als Ersatz einen anderen Fonds aus unserem Angebot wählen, in den an Stelle des betroffenen Fonds künftig die Beiträge angelegt werden sollen.

Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt. Wenn wir Sie nicht rechtzeitig informieren können, weil die Ausgabe von Fondsanteilen kurzfristig beschränkt, ausgesetzt oder endgültig eingestellt worden ist, werden wir Ihre für die Anlage vorgesehenen Beitragsteile in den von uns vorgeschlagenen Ersatzfonds anlegen. Sie haben das Recht, einen zusätzlichen Fondswechsel nach Abs. (5) kostenlos durchzuführen.

- b) Wenn die Kapitalanlagegesellschaft einen Fonds auflöst, gelten die Regeln des Abs. (7) a) entsprechend. Sofern aus der Auflösung des Fonds Zahlungen zu späteren Zeitpunkten resultieren, werden wir diese gemäß Ihrer zum jeweiligen Rückzahlungszeitpunkt aktuellen Aufteilung der Beiträge in den zu diesem Zeitpunkt gewählten Fonds anlegen.
- c) Wenn die Kapitalanlagegesellschaft einen Fonds mit einem

anderen Fonds zusammenlegt, gelten die Regeln des Abs. (7) a) für zukünftige Anlagebeträge entsprechend. In diesem Fall wird jedoch auch der vorhandene Wert des Fondsguthabens auf den Ersatzfonds übertragen.

- d) Wenn die Rücknahme von Anteilen eines in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds ausgesetzt oder endgültig eingestellt wird, informieren wir Sie. Bei Beginn der Auszahlungsphase bzw. bei Kündigung oder Beitragsfreistellung kann der Rücknahmepreis zur Ermittlung des Wertes einer Anteilseinheit nicht angesetzt werden, da wir die Anteile nicht an die Kapitalanlagegesellschaft zurückgeben können. In diesem Fall werden wir wie in § 1 Abs. (16) beschrieben vorgehen.

Ein Fondswechsel gemäß Abs. (5) ist während der Aussetzung und bei endgültiger Einstellung der Rücknahme von Fondsanteilen durch die Kapitalanlagegesellschaft nicht möglich.

- e) Treten darüber hinaus bei einem in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds erhebliche Änderungen ein, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds durch einen anderen Fonds zu ersetzen. Als solche erheblichen Änderungen gelten insbesondere:

- Nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Gebühren beim Fondseinkauf bzw. -verkauf sowie die Einführung von Performance Fees durch die von uns beauftragte Kapitalanlagegesellschaft,
- Verletzung von vertraglichen Pflichten durch die Kapitalanlagegesellschaft,
- Änderung der Fristen für den Kauf oder Verkauf von Fonds durch die Kapitalanlagegesellschaft; hierzu zählt auch die zeitweise Aussetzung der Rücknahme,
- die Kapitalanlagegesellschaft ändert die Anlagestrategie eines Fonds wesentlich oder
- das Guthaben aller Versicherungsnehmer in einem Fonds beträgt - über alle bei uns bestehenden Versicherungsverträge betrachtet - länger als sechs Monate weniger als 10.000 EUR.

Eine erhebliche Änderung kann sich auch aus Gesetzen oder aufsichtsrechtlichen Anforderungen ergeben. In diesen Fällen wird auch der vorhandene Wert des Fondsguthabens des betroffenen Fonds auf den Ersatzfonds übertragen. Absatz (7) a) – d) gilt entsprechend.

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

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag (§ 37 VVG)

- (1) Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht erfolgt ist - vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wurde, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen und Auskünfte verlangen.
- (2) Ist der erste Beitrag oder der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag (§ 38 VVG)

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen. Ein verminderter Versicherungsschutz bleibt nur dann bestehen,

wenn sich gemäß § 10 Abs. (4) S. 3 eine beitragsfreie Versicherungsleistung ergibt.

Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

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

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

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

Gestaltungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

- (4) Bei Zahlungsschwierigkeiten bieten wir Ihnen auf Antrag in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) unter Beachtung der Voraussetzungen des § 10 folgende Möglichkeiten, Ihre finanzielle Belastung zu reduzieren:

- a) Beitragsherabsetzung: Sie können verlangen, den Beitrag herabzusetzen (vgl. § 8).
- b) Beitragsfreistellung: Sie können verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragspflicht befreit zu werden (vgl. § 10).

- (5) Nach Ende der Beitragsfreistellung unter der Voraussetzung des § 10 Abs. (6) können Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzahlen oder in Form eines Mehrbeitrages für die restliche Aufschubzeit ausgleichen. Für nachzuzahlende Beiträge gilt § 6 Abs. (1) und (2) entsprechend.

Bei Beitragsfreistellung der Hauptversicherung erlischt eine eventuell eingeschlossene Zusatzversicherung mit Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Kapitalzahlung bei Invalidität zu einer aufgeschobenen klassischen oder fondsgebundenen Rentenversicherung (BU-Opti) gemäß § 6 Abs. (3) der für diese Versicherung geltenden Besonderen Bedingungen.

- (6) **Beitragsstundung**

Sie haben einmal während der gesamten Vertragslaufzeit unter folgenden Voraussetzungen gegen Zahlung eines Stundungszinses Anspruch auf eine Stundung der Beiträge bis zu 24 Monaten bei vollem Versicherungsschutz:

- Die Beiträge für die ersten drei Versicherungsjahre sind vollständig gezahlt und
- die restliche verbleibende Beitragszahlungsdauer beträgt nach Ablauf der Stundung mindestens 10 Jahre und
- das Deckungskapital ist höher als die zu stundenden Beiträge und
- es besteht kein Beitragsrückstand und
- der Vertrag ist zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs nicht gekündigt.

Eine Zuführung von Beitragsanteilen in Fonds erfolgt jedoch nicht.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Textform mit uns erforderlich, in der auch die Höhe des Stundungszinses vereinbart wird.

Nach Vereinbarung haben Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen. Ist in Ihrem Vertrag keine Zusatzversicherung eingeschlossen, haben Sie zudem alternativ die Möglichkeit, höhere laufende Beiträge bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer zu entrichten.

Für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen gelten – sofern in den jeweiligen Besonderen Bedingungen keine gesonderten Vereinbarungen getroffen wurden – für den Fall der Beitragsstundung die vorstehenden Regelungen.

§ 8 Wann können Sie den Beitrag reduzieren?

- (1) Sind laufende Beitragszahlungen vereinbart, können Sie jederzeit in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) verlangen, mit einer Frist von einer Woche zum Ablauf der laufenden Versicherungsperiode gemäß § 5 Abs. (1), den Beitrag zu Ihrer Versicherung zu reduzieren. Eine Beitragsreduzierung ist jedoch nur möglich, wenn
 - der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich nicht unterschreitet und
 - kein Beitragsrückstand besteht.
- (2) Eine Beitragsreduzierung ist mit Nachteilen verbunden, weil dies zu einer Reduzierung der Leistungen führt.
- (3) Bei Beitragsreduzierung nehmen wir einen anteiligen Stornoabzug gemäß § 10 Abs. (4) vor.

§ 9 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Ablauf der laufenden Versicherungsperiode gemäß § 5 Abs. (1) – jedoch nur vor dem Fälligkeitstag der ersten Rente – ganz oder teilweise in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) kündigen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn
 - der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den jährlichen Mindestbetrag von 300 EUR unterschreitet und
 - das verbleibende Deckungskapital nach der Teilkündigung weniger als 5.000 EUR beträgt.

Auf die Unwirksamkeit Ihrer Kündigung werden wir Sie hinweisen. Wollen Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden, müssen Sie also ganz kündigen. Bei einer Teilkündigung reduziert sich die Garantieleistung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Rückkaufswert

- (3) Nach Kündigung haben wir gemäß § 169 VVG den Rückkaufswert zu erstatten. Der Rückkaufswert ist der nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Zeitwert der Versicherung. Dieser entspricht dem Wert des Deckungskapitals gemäß § 1 Abs. (3) zum Stichtag nach § 1 Abs. (16). Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens der Zeitwert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestrückkaufswert). Dies gilt nicht bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag sowie bei Zuzahlungen gemäß § 12. In diesen Fällen werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten zum Zeitpunkt der jeweiligen Zahlung vom Deckungskapital in einem Betrag in Abzug gebracht. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall werden die aufsichtsrechtlichen Regelungen über Höchstzillmersätze beachtet.

Abzug

- (4) Von dem so ermittelten Rückkaufswert nehmen wir einen Abzug (sog. Stornoabzug) vor. Der Abzug beträgt 50 EUR sowie 0,3 % der zum Zeitpunkt der Kündigung noch ausstehenden Beitragssumme, wobei die Beitragssumme auf die ersten 35 Jahre beschränkt wird. Eventuelle künftige Dynamisierungen bleiben dabei unberücksichtigt. Wird der Vertrag nur teilweise gekündigt, wird der Stornoabzug anteilig gekürzt. Der Abzug beläuft sich in diesem Fall aber mindestens auf 10 EUR.

Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Für die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs sind wir beweisbelastet. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass das Versichertenkollektiv sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt.

Da vor allem Personen mit einem geringen Risiko das Versichertenkollektiv eher vorzeitig verlassen, als Personen mit einem hohen Risiko (sog. Antiselektion), wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass dem Versichertenkollektiv durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Wir halten den Abzug aus den vorgenannten Gründen daher für angemessen.

Sofern Sie uns aber nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Dieser Abzug entfällt

- in der flexiblen Zuwachsphase (vgl. § 3 Abs. (7)),
- in den letzten fünf Jahren der Aufschubzeit, sofern zu diesem Zeitpunkt der Vertrag bereits fünf Jahre bestanden hat.

Beitragsrückstände können vom Rückkaufswert abgezogen werden.

- (5) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Der Rückkaufswert erreicht nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch die Abschluss- und Vertriebskosten gemäß § 15 finanziert werden. Darüber hinaus hängt der Rückkaufswert vom Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteileinheiten ab.**

- (6) Eine Rückzahlung der Beiträge im Falle einer Kündigung können Sie nicht verlangen.

- (7) Anstelle der Auszahlung des Rückkaufswertes gemäß § 9 Abs. (3) als Geldleistung können Sie bis zum Wirksamwerden der Kündigung eine Übertragung der Anteileinheiten verlangen. Für die Übertragung gelten die Vorschriften von § 1 Abs. (13) entsprechend.

§ 10 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen und welche Wirkung hat dies auf unsere Leistung?

- (1) Sie können jederzeit in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) verlangen zum Ablauf der laufenden Versicherungsperiode gemäß § 5 Abs. (1) ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (Beitragsfreistellung).

- (2) **Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Der Wert des bei Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals erreicht nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch die Abschluss- und Vertriebskosten gemäß § 15 finanziert werden. Darüber hinaus hängt der Wert des zur Verfügung stehenden Deckungskapitals vom Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteileinheiten ab. Die Garantieleistung gemäß § 2 gilt jedoch auch im Falle der Beitragsfreistellung zum vertraglich vereinbarten Rentenbeginn.**

- (3) - unbesetzt -

Abzug

- (4) Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen

Abzug (sog. Stornoabzug) vor. Der Stornoabzug beträgt 50 EUR sowie 0,3 % der zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch ausstehenden Beitragssumme, beschränkt auf eine maximale Vertragslaufzeit von 35 Jahren. Eventuelle künftige Dynamisierungen bleiben dabei unberücksichtigt. Wird der Vertrag nur teilweise beitragsfrei gestellt, wird der Stornoabzug anteilig gekürzt. Der Abzug beläuft sich in diesem Fall aber mindestens auf 10 EUR.

Beispiel für einen anteiligen Stornoabzug:

Beitragszahlungsdauer: 50 Jahre;
monatlicher Beitrag: 50 EUR.

Nach 10 Jahren Vertragslaufzeit wird der Vertrag i.H.v. 20 EUR beitragsfrei gestellt, sodass der verbleibende zu zahlende monatliche Beitrag 30 EUR beträgt.

Von den ersten 35 Jahren sind 10 Jahre abgelaufen, sodass bei der Berechnung des anteiligen Stornoabzugs noch 25 Jahre zu berücksichtigen sind. Der anteilige Stornoabzug errechnet sich danach wie folgt:

$25 \text{ (Jahre)} \times 12 \text{ (Monate)} \times 50 \text{ EUR} \times 0,3 \% = 45 \text{ EUR}$

$50 \text{ EUR} + 45 \text{ EUR} = 95 \text{ EUR}$ (Stornoabzug bei vollständiger Beitragsfreistellung)

$95 \text{ EUR} \times 20 \text{ EUR (wegfallender monatlicher Beitrag)} : 50 \text{ EUR} = 38 \text{ EUR}$

In diesem Beispiel würde der anteilige Stornoabzug 38 EUR betragen.

Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Für die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs sind wir beweisbelastet.

Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass das Versichertenkollektiv sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt.

Da vor allem Personen mit einem geringen Risiko das Versichertenkollektiv eher vorzeitig verlassen, als Personen mit einem hohen Risiko (sog. Antiselektion), wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass dem Versichertenkollektiv durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Wir halten den Abzug aus den vorgenannten Gründen daher für angemessen. Sofern Sie uns aber nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Dieser Abzug entfällt

- in der flexiblen Zuwachsphase (vgl. § 3 Abs. (7)),
- in den letzten fünf Jahren der Aufschubzeit, sofern zu diesem Zeitpunkt der Vertrag bereits fünf Jahre bestanden hat.

Ggf. rückständige Beiträge können ebenfalls abgezogen werden.

- (5) Unterschreitet bei einer Beitragsfreistellung das nach § 9 Abs. (3) berechnete Deckungskapital den Mindestbetrag von 5.000 EUR, so erlischt der Vertrag. Sie erhalten in diesem Fall – soweit vorhanden – den Rückkaufwert gemäß § 9 Abs. (3). Eine teilweise

Beitragsfreistellung ist jedoch nur möglich, wenn der fortzuzahlende Beitrag für die Hauptversicherung den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich nicht unterschreitet.

(6) **Wiederaufnahme der Beitragszahlung zu einer beitragsfrei gestellten Versicherung**

Nach Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie jederzeit verlangen, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen, sofern die Wiederaufnahme innerhalb von drei Jahren seit dem Zeitpunkt der ganzen oder teilweisen Beitragsfreistellung erfolgt. In diesem Fall führen wir Ihren Vertrag mit den bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungsgrundlagen weiter. Ansonsten ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlungspflicht nach einer Beitragsfreistellung ausgeschlossen.

- (7) Für die Umrechnung der nachgezählten Beiträge in Anteileneinheiten gelten § 6 Abs. (1) und (2) entsprechend.

- (8) Nach Ende der Beitragsfreistellung (vgl. § 7 Abs. (4) b) und Abs. (5)) können Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzahlen oder in Form eines Mehrbeitrages für die restliche Aufschubzeit ausgleichen. Für nachzahlende Beiträge gelten § 6 Abs. (1) und (2) entsprechend.

§ 11 Wann können Sie den Beitrag erhöhen?

- (1) Sie haben unter Berücksichtigung von Abs. (5) und Abs. (6) das Recht, mit einer Frist von einer Woche zur nächsten Beitragsfälligkeit Ihres Vertrages in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) zu verlangen, Ihren bisherigen, laufenden Beitrag zu erhöhen. Voraussetzung dafür ist, dass der bisher vereinbarte Beitrag laufend bezahlt ist.

- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Es gelten die „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung“ des bestehenden Vertrages. Der für die Erhöhung geltende Rentenfaktor basiert auf den dann für das Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen für fondsgebundene Rentenversicherungen.

- (3) - entfällt -

- (4) Die Versicherungsleistungen ggf. abgeschlossener Zusatzversicherungen werden bei der Beitragserhöhung nicht erhöht.

- (5) Die Beitragserhöhung wird für die gesamte verbleibende Beitragszahlungsdauer des bereits bestehenden Versicherungsvertrages abgeschlossen, wobei die verbleibende Beitragszahlungsdauer mindestens 10 Jahre betragen muss.

- (6) Die Summe der jährlich zu zahlenden Beiträge der Beitragserhöhung muss – ohne Berücksichtigung von ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen – mindestens 300 EUR betragen.

- (7) Von der Möglichkeit der Beitragserhöhung können Sie während der Vertragslaufzeit mehrfach Gebrauch machen, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. (1), (5) und (6) eingehalten werden.

§ 12 Können Sie Zuzahlungen zu den laufenden Beiträgen leisten?

- (1) Sie haben das Recht, mit einer Frist von einer Woche zum darauf folgenden Monatsersten, in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) zu verlangen zusätzlich zur laufenden Beitragszahlung oder zum vereinbarten Einmalbeitrag Zuzahlungen zu Ihrem Versicherungsvertrag zu leisten.

- (2) Die Zuzahlung bewirkt eine Erhöhung des Deckungskapitals Ihrer Versicherung. Für die Zuzahlung gelten die „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung“ des bestehenden Vertrages. Der für die Zuzahlung geltende Rentenfaktor basiert auf den zum Zuzahlungszeitpunkt für das Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen für fondsgebundene Rentenversicherungen.

- (3) - entfällt -

- (4) Die Versicherungsleistungen etwaiger abgeschlossener Zusatzversicherungen werden durch die Zuzahlung nicht erhöht.

- (5) Eine Zuzahlung muss spätestens 3 Jahre vor dem vereinbarten

Rentenbeginn erfolgen. Die Zuzahlung muss jeweils mindestens 500 EUR betragen. Die Summe der Zuzahlungen darf in einem Versicherungsjahr 50.000 EUR nicht übersteigen.

- (6) Von der Möglichkeit der Zuzahlung können Sie während der Vertragslaufzeit mehrfach Gebrauch machen, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. (1) und (5) eingehalten werden.

§ 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie als Versicherungsnehmer 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) a) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
- b) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. (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. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufwert (§ 9 Abs. (3)). 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.
- (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 (§ 10).

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.
- (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 oder 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) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (13) Die genannten Rechte können wir nur 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 die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehinzufluss Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Abs. (5) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

- (16) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, aus. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.
- (17) Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Anwendung des § 19 Abs. 3 S. 2 und Abs. 4 VVG.

§ 14 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) Rentenversicherung umwandeln?

- (1) Sie können Ihre fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragserhaltungsgarantie durch eine Erklärung in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) mit Frist von einem Monat zum Schluss einer jeden Versicherungsperiode (vgl. § 5 Abs. (1)), frühestens zum Ende des fünften Versicherungsjahres, in eine konventionelle (nicht fondsgebundene) von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene Rentenversicherung umwandeln.
- (2) Bei der Umwandlung bleiben Ihre Beitragszahlungsweise und die Höhe Ihres Beitrages unverändert. Auch der bisher vorgesehene Beginn der Rentenzahlung ändert sich nicht. Die Versicherungsleistungen berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis des von uns zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang gültigen Rententarifs. Dabei legen wir das Deckungskapital (§ 1 Abs. (3)) zum Stichtag nach § 1 Abs. (16) zu Grunde.

§ 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Die Abschluss- und Vertriebskosten sind pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Die übrigen Kosten sind teilweise vom Vertragsverlauf abhängig und werden jeweils den Beiträgen oder dem Deckungskapital entnommen.

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

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie den Verbraucherinformationen entnehmen.

- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der 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 aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung der Deckungsrückstellung 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. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer gleichmäßig verteilt, die übrigen Kosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt wobei die Höhe z. B. aufgrund der unterschiedlichen Fondskosten variieren kann. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag und bei Zuzahlungen gemäß § 12 werden die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten und ein Teil der übrigen Kosten zum Zeitpunkt der jeweiligen Zahlung in einem Betrag dem Deckungskapital entnommen. Die verbleibenden übrigen Kosten werden auf die verbleibende Vertragslaufzeit verteilt.

Zudem fallen in der Rentenbezugszeit Kosten an, die wir dem Deckungskapital entnehmen.

- (3) **Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung die Abschluss- und Vertriebskosten den zur Anlage bestimmten Teil des Beitrags gemäß § 6 Abs. (1) mindern. Daher sind in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Beitragsfreistellung vorhanden.**

§ 16 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

- (1) Entscheidend für den Gesamtertrag des Vertrages vor Rentenbeginn ist die Entwicklung des Sondervermögens gemäß § 1 Abs. (1), an dem Sie unmittelbar beteiligt sind. Darüber hinaus beteiligen wir Sie gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Abs. (2)),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Abs. (3)),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Abs. (4)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Abs. (5)) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Abs. (6)).

- (2) **Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?**

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und

aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hier von mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

- (3) **Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?**

Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihr Vertrag ist den nachfolgend genannten Gewinnverbänden zugeordnet. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Beteiligung am Überschuss vor dem Rentenbeginn

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband „Fondsgebundene Rentenversicherung-2022“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Lebensversicherung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsnehmer getragen wird“.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten folgende Regelungen:

- a) Mit jeder Beitragszahlung erhält Ihre Versicherung Beitragsüberschussanteile in Prozent des Beitrags für die Hauptversicherung.
- b) Zum Ende eines jeden Monats erhält Ihre Versicherung Zinsüberschussanteile in Prozent des ggf. auf Ihren Vertrag entfallenden Anteils an unserem konventionellen Deckungskapital.
- c) Zu jedem Monatsanfang erhält Ihre Versicherung Kostenüberschussanteile, die in Promille des Fondsguthabens zum Ende des vorhergehenden Monats bemessen werden.

Die zugeteilten Überschüsse werden gemäß § 6 Abs. (1) und (2) in Fondsanteile aus dem freien Fondsvermögen umgerechnet.

Beteiligung am Überschuss ab dem Rentenbeginn

Ab dem Rentenbeginn gehört Ihre Versicherung zum Gewinnverband „Rentenversicherungen-2022“ im Abrechnungsverband „Kapitalbildende Lebensversicherung mit überwiegendem Erlebensfallcharakter“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Lebensversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Für die während der Rentenbezugszeit entstehenden Überschüsse können sie alternativ zwischen zwei Überschussbeteiligungssystemen wählen. Die Wahl kann bis spätestens drei Monate vor Rentenbeginn getroffen werden. Wird nichts vereinbart, so werden die Überschüsse nach Modell Bonusrente verwendet. Ein Wechsel der Modelle während der Rentenbezugszeit ist nicht möglich.

- a) **Bonusrente**

Die Überschüsse werden als Einmalbeitrag zur Erhöhung der versicherten Rente nach den dann für den Neuzugang zu-

grunde zu legenden Rechnungsgrundlagen verwendet. Die erste Rentenerhöhung erfolgt mit der ersten Rentenzahlung. Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile hat keine Auswirkungen auf die Höhe der erreichten Bonusrente. Bei Wahl der Pflegeoption verdoppelt sich bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 3 Abs. (11) e – j) die Bonusrente.

b) *Sofortrente*

Die Überschüsse werden nach den dann für den Neuzugang zugrunde zu legenden Rechnungsgrundlagen für eine bei unveränderter Höhe der Überschussbeteiligung konstante Überschussrente verwendet. Eine Erhöhung oder Reduzierung der Überschussanteile führt zu einer Erhöhung bzw. Reduzierung der Überschussrente. Bei Wahl der Pflegeoption wird bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 3 Abs. (11) e – j) die Sofortrente neu berechnet.

Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

(4) **Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?**

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Ihren Anteil an den auf alle anspruchsberechtigten Verträge entfallenden Bewertungsreserven berechnen wir entsprechend dem Verhältnis der Summe der konventionellen Deckungskapitalien abgelaufener Versicherungsjahre Ihres Vertrages zur Summe der entsprechenden Deckungskapitalien und Überschussguthaben des sonstigen Vermögens aller anspruchsberechtigten Verträge.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich auch

- für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages vor Rentenzahlungsbeginn,
- für den Beginn einer Rentenzahlung sowie
- während der Rentenzahlung.

Bei Beendigung der Ansparphase (durch Tod, Kündigung oder Erleben des vereinbarten Rentenzahlungsbeginns) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu. Auch während des Rentenbezuges werden wir Sie entsprechend an den Bewertungsreserven beteiligen.

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

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

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Kapitalmarkts, des versicherten Risikos und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

Die Ermittlung der garantierten Rentenfaktoren bei Vertragsabschluss erfordert eine vorsichtige Tarifkalkulation, bei der Veränderungen der Kapitalmärkte, eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten berücksichtigt werden müssen. Wenn sich Umstände, die der Kalkulation zugrunde lagen, wesentlich ändern (z. B. Erhöhung der allgemeinen Lebenserwar-

tung, nicht nur vorübergehend sinkende Renditen der Kapitalanlagen am Kapitalmarkt) und dies bei Vertragsabschluss nicht vorhersehbar war und wir deswegen weitere Rückstellungen bilden müssen, sind wir berechtigt, die künftigen laufenden Überschussanteile Ihres Vertrages hierfür heranzuziehen. Garantierte Leistungen bleiben davon unberührt.

(6) **Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?**

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite (www.universa.de). Den Geschäftsbericht können Sie außerdem bei uns jederzeit anfordern.

Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich, erstmals ein Jahr nach Vertragsbeginn. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages. Sie können aber auch unabhängig von diesen Mitteilungen zu jeder anderen Zeit den Wert des Deckungskapitals Ihrer Versicherung bei uns erfragen.

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

(1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheines. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung bzw. der Einmalbeitragszahlung verlangen.

(2) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen und durch eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende, Sterbeurkunde zu belegen.

(3) Außerdem sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

- wenn Leistungen wegen des Todes einer versicherten Person fällig werden: ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.

- wenn Rentenleistungen oder Kapitalabfindungen fällig werden: ein amtliches, den Tag der Geburt enthaltendes Zeugnis darüber, dass die Person, von deren Leben die Rentenzahlung abhängt, noch lebt. Ein solches Zeugnis können wir auch vor jeder weiteren Rentenzahlung, allerdings nur einmal pro Kalenderjahr, verlangen. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

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

(5) Zusätzlich sind uns auf Verlangen die Auskünfte nach § 20 Abs. (3) und (4) zu erteilen.

(6) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

(7) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Abs. (1) bis (6) genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(8) Unsere Geldleistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

(9) Bei Leistungen in Anteilen hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt Abs. (8) entsprechend.

§ 18 **Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?**

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere mit befreiender Wirkung für uns Leistungen

in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

- (2) In den Fällen des § 19 Abs. (4) brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns eine Anzeige in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

Widerrufliches Bezugsrecht

- (1) Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalls die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Tod kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

Unwiderrufliches Bezugsrecht

- (2) Sie können nur in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

Abtretung und Verpfändung

- (3) Sie können Ihre Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch an Dritte abtreten oder verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen und Rechten aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

Rechtsübergang im Wege der Erbfolge

- (5) Gehen Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag infolge des Todes einer berechtigten Person auf deren Erben über, so können wir zum Nachweis des Erbrechts die Vorlage eines Erbscheines verlangen.

§ 20 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten.

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre 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 Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. (1) entsprechend.
- (3) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder

auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

- (4) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz (3) sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Weitere Einzelheiten können Sie den für Ihren Vertrag geltenden Steuerinformationen entnehmen.

- (5) **Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes:**

Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

- (6) **Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 3 und 4 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.**

§ 21 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

- (1) Ab dem zweiten Versicherungsjahr erhalten Sie von uns einmal jährlich eine Information zu Ihrem Vertrag. Sie können dieser Mitteilung den Wert der Ihnen gutgeschriebenen Anteilseinheiten sowie den Wert des Deckungskapitals entnehmen. Sie können aber auch unabhängig von diesen Mitteilungen zu jeder anderen Zeit den Wert des Deckungskapitals Ihrer Versicherung bei uns erfragen.

- (2) Der Wert einer Anteilseinheit wird auch auf den Internetseiten der Fondsgesellschaften börsentäglich veröffentlicht.

§ 22 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Wird aus von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht, so können wir Ihnen die daraus entstehenden Kosten als pauschale Abgeltungsgebühr in Rechnung stellen.

Die gültigen pauschalen Abgeltungsgebühren entnehmen Sie bitte den „Bestimmungen über Gebühren zur fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantieleistung“, die als Anhang beigefügt sind. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die der pauschalen Abgeltungsgebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder die Kosten wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt sie bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? Welche Vertragssprache gilt?

- (1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

- (2) Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die örtliche gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zu-

ständig, 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 Versicherungsvertrag 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 oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§ 25 Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden?

- (1) Gemäß § 164 VVG können wir eine Bestimmung in den vorstehenden Bedingungen, welche durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist, durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Diese neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (2) Die neue Regelung nach Abs. (1) wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 26 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

- (1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

- (2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

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

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

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

Versicherungsaufsicht

- (4) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

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

Rechtsweg

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

Unser Beschwerdemanagement

- (6) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

uniVersa Lebensversicherung a.G.
Kundenzufriedenheit
Sulzbacher Str. 1-7
90489 Nürnberg

Alternativ können Sie uns auch eine E-Mail schreiben:
kundenzufriedenheit@universa.de

Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung mit Dynamik

(Versicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung)

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

- (1) Der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jährlich wie mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert.
- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (3) Die Erhöhungen erfolgen längstens bis fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen der Beiträge und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns (Erhöhungstermin).
- (2) Sie erhalten vor dem Erhöhungstermin einen Nachtrag zum Versicherungsschein über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen bzw. die erhöhten Beiträge?

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter¹ der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und Versicherungsdauer bzw. Aufschubzeit nach den Rechnungsgrundlagen der bestehenden Versicherung.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages geltenden Bedingungen und getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen, soweit nicht in Abs. (2) etwas anderes bestimmt ist.
- (2) § 15 der „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung“ gilt auch für die Erhöhungsver sicherung.

§ 5 Wann werden die Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen.
- (2) Das Recht auf weitere Erhöhungen erlischt, wenn Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen.
- (3) Ist bei Ihrer Versicherung eine Stundung der Beiträge vereinbart, so erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

¹Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung mit Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Kapitalzahlung bei Invalidität zu einer aufgeschobenen klassischen oder fondsgebundenen Rentenversicherung (BU-Opti)

§ 1 Was ist versichert?

Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung

(1) Sie können während der Vertragslaufzeit dieser Zusatzversicherung für die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsversicherung nach den dann für das Neugeschäft geltenden Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien abschließen, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung stattfindet, sofern

- die versicherte Person das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- nicht schwerbehindert nach Abs. (7) a) oder pflegebedürftig nach Abs. (7) b) ist und
- keine schwere Krankheit nach Abs. (7) c) vorliegt.

Das Optionsrecht gilt für eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit:

- einer vollständigen Beitragsbefreiung,
- einer versicherten Jahresrente in Höhe von bis zu 15.000 EUR und
- einer maximalen Vertragslaufzeit bis zum rechnermäßigen¹ 67. Lebensjahr der versicherten Person.

Die Ausübung des Optionsrechtes ist möglich, wenn die versicherte Person nachweislich:

- a) eine betriebliche Berufsausbildung (duales System) in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf, in der eine Ausbildungsvergütung gewährt wird, beginnt oder
- b) eine schulische Berufsausbildung mit staatlich anerkanntem Abschluss, in der eine Ausbildungsvergütung gewährt wird, beginnt oder
- c) eine Ausbildung im Vorbereitungsdienst als Beamter auf Widerruf beginnt oder
- d) nach erfolgreich abgeschlossener Fachschul-, Fachhochschul- bzw. Hochschulausbildung erstmalig ein nicht nur geringfügiges Beschäftigungsverhältnis beginnt bzw. erstmalig eine nicht nur geringfügige selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit aufnimmt. Als Maßstab für die Geringfügigkeit gelten die Regelungen des § 8 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) oder

das 15. Lebensjahr vollendet hat

und zu diesem Zeitpunkt Schüler an einer allgemeinen Schule in der Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ist.

Als allgemeine Schulen gelten allgemeinbildende und berufliche Schulen in staatlicher, privater oder kirchlicher Trägerschaft. Allgemeine Schulen in der Sekundarstufe I sind Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen, allgemeine Schulen in der Sekundarstufe II sind die gymnasiale Oberstufe an einem Gymnasium, beruflichem Gymnasium, Fachgymnasium oder an einer Gesamtschule sowie Berufsfachschulen, Fachoberschulen und Berufsoberschulen.

Wenn zum Zeitpunkt der Optionsausübung im Rahmen unserer Produktpalette mehrere Berufsunfähigkeitsversicherungen verfügbar sind, gilt das Optionsrecht für eine Berufsunfähigkeitsversicherung, die nicht nach Berufsgruppen unterscheidet.

(2) - entfällt -

(3) Das Optionsrecht können Sie nur innerhalb von sechs Monaten nach Beginn eines der in Abs. (1) a) bis e) genannten Ereignisse, spätestens mit Vollendung des 30. Lebensjahres der versicherten Person, in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) ausüben. Das Vorliegen eines der in Abs. (1) a) bis e) genannten Ereignisse ist uns innerhalb der in Satz 1 genannten Frist nachzuweisen. Zu diesem Zweck ist uns mit Ausübung des Optionsrechtes im Original bzw. als amtlich beglaubigte Kopie einzureichen im Fall des Buchstaben:

- a) der Ausbildungsvertrag;
- b) der Ausbildungsvertrag;
- c) die Ernennungsurkunde;
- d) ein Nachweis über die erfolgreiche Beendigung der Fachschul-, Fachhochschul- bzw. Hochschulausbildung und der Arbeits- / Dienstvertrag bzw. die Gewerbeanmeldung (bei Freiberuflern: die Anmeldung der freiberuflichen Tätigkeit beim Finanzamt);
- e) ein Ausweisdokument (Kinderreisepass, ePass oder Personalausweis) sowie eine Bestätigung über den Schülerstatus.

Wird eines der in Abs. (1) a) bis e) genannten Ereignisse innerhalb der Frist nach Abs. (3) Satz 1 nachgewiesen, beginnt die Berufsunfähigkeitsversicherung mit dem Ersten des Monats, der auf den Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechtes folgt. Wird der Nachweis nicht innerhalb der Frist nach Abs. (3) Satz 1 erbracht, erlischt das Optionsrecht für das jeweilige Ereignis.

(4) Nach Ausüben des Optionsrechtes errechnet sich der Beitrag für die Berufsunfähigkeitsversicherung insbesondere nach dem dann für das Neugeschäft geltenden Tarif des Versicherers, dem Versicherungsumfang, dem ausgeübten Beruf und dem dann erreichten Eintrittsalter der versicherten Person.

(5) - unbesetzt -

(6) Kapitalzahlung bei Invalidität

a) Sie haben das Recht unter den Voraussetzungen des Absatz (10), eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe von 30.000 EUR zu verlangen, wenn

- eine unfreiwillige Verletzung oder Erkrankung bei der versicherten Person
- nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten ab Versicherungsbeginn,
- während der Vertragslaufzeit dieser Zusatzversicherung
- nach Vollendung des 2. Lebensjahres und vor Vollendung des 30. Lebensjahres

zur Invalidität im Sinne des Abs. (7) führt und die versicherte Person einen Zeitraum von 30 Tagen nach Eintritt der Invalidität überlebt.

Die Wartezeit von drei Monaten gilt nicht, wenn die Invalidität im Sinne des Abs. (7) durch einen Unfall im Sinne des Abs. (6) b) Satz 2 und 3 verursacht wurde.

Bei Kapitalzahlung endet diese Zusatzversicherung und damit das Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (s. § 2 b)).

b) Tritt Invalidität im Sinne des Abs. (7) vor Vollendung des 2. Lebensjahres ein, kann eine Kapitalzahlung nur verlangt werden, wenn die Invalidität im Sinne des Abs. (7) Folge eines Unfalles im Sinne dieser Bedingung ist und die versicherte Person einen Zeitraum von 30 Tagen nach Eintritt der Invalidität überlebt. § 3 gilt entsprechend.

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingung 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 erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(7) Invaldität im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei:

a) Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 (Pflegegrad II bis V) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der Fassung vom 01.01.2025. Bei Pflegegrad I liegt keine Invaldität im Sinne dieser Bedingungen vor.

Wir sind berechtigt, den Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit selbst zu prüfen.

b) einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 (Schwerbehinderung) im Sinne des § 2 Abs. (2) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in der Fassung vom 01.01.2025. Danach sind Menschen schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 dieses Gesetzes rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

Wir sind berechtigt, den Zeitpunkt des Eintritts des Grads der Behinderung selbst zu prüfen.

c) Schwerer Krankheit (Dread Disease);

Als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- Krebs – mit Ausnahme von Frühstadien

Diagnose eines bösartigen Tumors (Krebs), der durch unkontrolliertes Wachstum maligner Zellen, Eindringen in umliegendes Gewebe sowie einer Tendenz zur Metastasierung gekennzeichnet ist. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (maligne Lymphome) und das myelodysplastische Syndrom. Die Diagnose muss durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) gesichert und von einem Facharzt bestätigt werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind nachfolgende frühe Krebsstadien oder Krebsvorstufen:

- Jeder Tumor, der histologisch als prä-maligne, nicht-invasiv oder als Carcinoma in situ (einschließlich des ductalen Carcinoma in situ der Brust) eingestuft wird

- Prostatakrebs, der histologisch nicht einen Gleason-Score über 6 oder nicht ein klinisches TNM-Stadium von mindestens T2N0M0 aufweist

- Chronisch lymphatische Leukämie im Stadium Binet A

- Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut sowie das maligne Melanom Stadium IA (T1aN0M0)

- Schilddrüsenkrebs mit einer Tumorgöße von weniger als 1 cm Durchmesser und histologisch klassifiziert als T1N0M0

- Papilläres Mikrokarzinom der Blase histologisch klassifiziert als Ta

- Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz

- Polyzythämia rubra vera und essentielle Thrombozythämie

- MALT-Lymphom des Magens bei ausschließlicher Behandlung mittels Helicobacter-Eradikation

- Gastrointestinaler Stromatumor (GIST) im Stadium 1 oder 2 nach der AJCC-Klassifikation

- Kutane Lymphome, außer bei Behandlung mittels Chemotherapie und/oder Bestrahlung

- Mikroinvasives Karzinom der Brust (histologisch klassifiziert als T1mic), außer bei Behandlung mittels Mastektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung

- Mikroinvasives Karzinom der Zervix Uteri (histologisch klassifiziert als Stadium IA1), außer bei Behandlung mittels Hysterektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung

- Chronisches Nierenversagen – mit regelmäßiger Blutwäsche;

Chronisches und irreversibles Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Blutwäsche (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) durchgeführt werden muss. Die Notwendigkeit der Dialysebehandlung muss durch einen Facharzt für Nephrologie bestätigt werden. Das versicherte Ereignis tritt mit Beginn der Dialysebehandlung ein.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:
Akutes, reversibles Nierenversagen mit vorübergehender Dialysepflichtigkeit.

- Organ- oder Knochenmarkstransplantation;

Versichert ist die erfolgte allogene oder isogene Transplantation von

- Herz,
- Niere,
- Leber (einschließlich Leberteiletransplantation),
- Lunge (einschließlich Lungenteiletransplantation),
- Knochenmark (allogene Stammzelltransplantation mit vorheriger Knochenmarksablation),
- Dünndarm oder
- Bauchspeicheldrüse

von einem Spender auf die versicherte Person.

Die Transplantation von Gesicht (partiell und komplett), Hand, Arm oder Bein (sogenannte composite tissue allograft transplants) sind ebenfalls gedeckt. Die Durchführung und Notwendigkeit der Transplantation muss durch einen Facharzt bestätigt und durch entsprechende Befunde begründet werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Transplantation von anderen Organen, Körperteilen oder Geweben (einschließlich der Kornea)

- Transplantation von Inselzellen des Pankreas

- Transplantation von Stammzellen mit Ausnahme der Knochenmarkstransplantation

(8) Fachärzte im Sinne dieser Bedingungen sind approbierte Fachärzte, die in Deutschland niedergelassen oder in einem Krankenhaus tätig sind. Wir können auch auf Antrag Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen, als Facharzt im Sinne dieser Bedingungen anerkennen.

(9) Bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge für diese Zusatzversicherung in voller Höhe weiter entrichten; zu viel gezahlte Beiträge werden wir jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

(10) **Abweichend von der Bezugsberechtigung der Hauptversicherung darf die Kapitalauszahlung nur an folgende Personen gehen:**

- die versicherte Person,
- ein (naher) Angehöriger der versicherten Person nach § 7 Pflegezeitgesetz bzw. § 15 Abgabenordnung,
- der oder die gesetzliche(n) Vertreter der versicherten Person oder
- ein Treuhänder der versicherten Person.

Die Einschränkung der Bezugsrechtsbestimmung liegt im Sinn und Zweck dieser Versicherung.

(11) - unbesetzt -

§ 2 Wann endet diese Zusatzversicherung?

Diese Zusatzversicherung endet:

- a) mit dem Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung nach wirksamer Ausübung des Optionsrechtes nach § 1 Abs. (3);
- b) bei Wahl der Kapitalzahlung 30 Tage nach dem Invalidität nach § 1 Abs. (7) bis (9) eingetreten ist;
- c) bei Ableben der versicherten Person;
- d) mit Wirksamwerden der Kündigung;
- e) mit Vollendung des 30. Lebensjahres der versicherten Person.

§ 3 In welchen Fällen ist der Anspruch auf die Kapitalzahlung bei Invalidität ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht – mit Ausnahme von § 1 Abs. (6) b) – unabhängig davon, wie es zu der Invalidität gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Invalidität verursacht ist:
 - a) durch Unfälle auf Grund von Geistes- und Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen, sowie durch Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden. Es besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; wir werden jedoch leisten, wenn die Ursache der Invalidität in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen steht, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, 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, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter vorsätzlich die Invalidität der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - f) 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 Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
- (3) Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne Krankheiten. Diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der einzelnen Krankheit in § 1 Abs. (7) c) aufgeführt.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn eine Kapitalzahlung bei Invalidität verlangt wird?

- (1) Wird wegen Invalidität nach § 1 Abs. (7) bis (9) die Kapitalzahlung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen im Original bzw. als amtlich beglaubigte Kopie einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Invalidität;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens;
- c) Ihre Erklärung, dass Sie die Kapitalzahlung wählen und dadurch das Optionsrecht auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung aufgeben;

bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich:

- d) der Bescheid über die Pflegebedürftigkeit gemäß Sozialgesetzbuch der Pflegekasse bzw. der Pflegeversicherung;
- e) eine Darstellung der Ursachen für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- f) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder behandelt oder untersucht haben, über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- g) eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- h) gegebenenfalls andere Leistungsbescheide des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung.

bei Schwerbehinderung zusätzlich:

- i) der Bescheid des Versorgungsamts über die Schwerbehinderung.

bei schwerer Krankheit zusätzlich:

- j) ausführliche Berichte der Fachärzte aus dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben zur Bestätigung des Vorhandenseins einer schweren Krankheit unter Angabe der vollständigen wissenschaftlichen Diagnosen und der erhobenen Befunde.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

- (2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

§ 5 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach § 4?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 von Ihnen, der versicherten Person, deren gesetzlicher Vertreter oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich 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. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Der Anspruch auf Kapitalzahlung bei Invalidität bleibt 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.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch diese Zusatzversicherung ohne Anspruch auf einen Rückkaufwert oder eine beitragsfreie Leistung.

- (2) Die Zusatzversicherung können Sie für sich allein kündigen. Bei Kündigung erlischt diese Zusatzversicherung ohne Anspruch auf einen Rückkaufswert oder eine beitragsfreie Leistung.
- (3) Wird die Hauptversicherung beitragsfrei gestellt, so erlischt diese Zusatzversicherung ohne Anspruch auf einen Rückkaufswert oder eine beitragsfreie Leistung.

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen.

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Abs. (1)),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Abs. (2)),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Abs. (3)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Abs. (4)) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Abs. (5)).

(1) Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

(2) Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände. Ihre Zusatzversicherung gehört zum Gewinnverband „Invaliditäts-Zusatzversicherung-2025“ im Abrechnungsverband „Übrige Tarife, aber ohne Sonstige Lebensversicherung“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft / Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Sie ist grundsätzlich gesondert am Überschuss des Abrechnungsverbandes beteiligt. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt. Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Ab Versicherungsbeginn erhält Ihre Zusatzversicherung eine Überschussbeteiligung in Form einer Erhöhung der Kapitalzahlung bei Invalidität im Sinne dieser Bedingungen. Der Erhöhungsbetrag der Kapitalzahlung wird jährlich neu festgesetzt.

(3) Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt. Bei Wahl der Kapitalauszahlung bei Invalidität (§ 1 Abs. (6)) sowie bei Beendigung der Zusatzversicherung aufgrund Vollendung des 30. Lebensjahres der versicherten Person (§ 2 Buchstabe e)) beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven. Die Beiträge dieser Versicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Invalidisierung und des Risikos der späteren BU-Versicherung ohne Gesundheitsfragen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, sodass auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven entstehen. Da die Ermittlung und rechnerische Zuordnung der Bewertungsreserven auf die einzelnen Versicherungsverträge nach einem verursachungsorientierten Verfahren zu erfolgen hat, ergibt sich für BU-Opti-Versicherungen praktisch keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

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

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

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des versicherten Risikos, des Kapitalmarkts und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

(5) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auch auf unserer Internetseite (www.universa.de). Den Geschäftsbericht können Sie außerdem bei uns jederzeit anfordern.

Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich, erstmals ein Jahr nach Vertragsbeginn. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages.

§ 8 Wann kann der Beitrag angepasst werden?

- (1) Gemäß § 163 VVG sind wir berechtigt, bei einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags, auch für bestehende Versicherungen den Beitrag für diese Zusatzversicherung entsprechend den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Voraussetzung ist, dass der neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die oben genannten Voraussetzungen für die Änderung überprüft und bestätigt hat.

Die Neufestsetzung des Beitrages ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder

Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

- (2) Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrages nach Abs. (1) die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.
- (3) Beitragsänderungen und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Abs. (1) entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.
- (5) Sind Sie mit der Zahlung des neu festgesetzten Beitrages nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Benachrichtigung diese Zusatzversicherung mit sofortiger Wirkung kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt der Fälligkeit des neu festgesetzten Beitrages.

§ 9 Welche Regelungen gelten sonst noch?

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die "Allgemeine Bedingungen für die klassische Rentenversicherung" bzw. sofern dieser Tarif zu einer fondsgebundenen Rentenversicherung abgeschlossen wurde, die "Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung" oder bei Abschluss zu einer fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantieleistung die „Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistung“ sinngemäß Anwendung.

Bestimmungen über Gebühren zur fondsgebundenen Rentenversicherung mit Garantieleistung

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen.

Inkasso	<ul style="list-style-type: none"> • Rückläufer im Lastschriftverfahren (sofern vom Kunden zu vertreten) • schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen, Verzug von Beiträgen 	Kosten, die der uniVersa von Dritten in Rechnung gestellt werden
Abgänge	<ul style="list-style-type: none"> • Übertragung der Fondsanteile bei Rentenbeginn 	1 % des Anlageguthabens, max. 150 EUR
Verwaltungsvorgänge	<ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung von Teilauszahlungen während der Rentenbezugszeit • Wiederinkraftsetzung 	2 % des Auszahlungsbetrags, mind. 150 EUR 75 EUR

Werden mehrere Geschäftsvorfälle zeitlich zusammenhängend in Anspruch genommen, wird die jeweils höchste Einzelgebühr erhoben. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem jeweiligen Gebührensatz (pauschale Abgeltungsgebühr) zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder die Kosten wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt er bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.



Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht: Nürnberg, HRB 355

Aufsichtsrat
Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)

Vorstand
Michael Baulig (Vors.),
Werner Gremmelmaier
Frank Sievert

Hauptverwaltung Nürnberg
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0
Telefax: +49 911 5307-1788
E-Mail: info@universa.de
Internet: www.universa.de

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: