

Unterlagen zur Risiko-Lebensversicherung Smart

- I. AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung (AVB_NRIS26_S_260401), Seite 2 bis 7
- II. BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung des Versicherungsschutzes (BB_NNVG_260401), Seite 8 bis 9
- III. BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung (BB_NDYN_260401), Seite 10 bis 11
- IV. VVS: Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz (VVS_N_260401), Seite 12 bis 13
- V. Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand (KOSTEN_N_260101), Seite 14
- VI. Steuerhinweise für Ihren Vertrag Risiko-Lebensversicherung (STH_RIS_220101), Seite 15
- VII. Merkblatt zur Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung der Rentner (PVdR) (KVdR_260401), Seite 16 bis 17

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Smart

(AVB_NRIS26_S_260401)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir folgende Abkürzungen:

- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch
- VAG: Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
- VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)

Inhalt

I. Leistungsbeschreibung

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?

II. Leistungsauszahlung

- § 3 Wer erhält die Leistung?
- § 4 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 5 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 6 Wann zahlen wir eine Sofort-Leistung als Vorauszahlung auf die Leistung?

III. Beitrag und Kosten

- § 7 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 9 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 10 Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?
- § 11 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

IV. Überschussbeteiligung

- § 12 Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und was passiert mit ihm?
- § 13 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?
- § 14 Wie verwenden wir den Überschuss?
- § 15 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?
- § 16 Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

- § 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat das?
- § 18 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?

VI. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

- § 19 Wann können Sie die Zahlung einer vorgezogenen Todesfall-Leistung beantragen und welche Folgen hat das?

VII. Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen

- § 20 Was müssen Sie bei einer Änderung Ihres Raucherstatus oder einer Änderung Ihres Berufs beziehungsweise beruflichen Status tun?
- § 21 Was müssen Sie bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens tun?
- § 22 Wer ist unser rechtlicher Ansprechpartner?
- § 23 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

VIII. Allgemeine Vereinbarungen und Informationen

- § 24 Welches Recht und welche Sprache gelten bei Ihrem Vertrag?
- § 25 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 26 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?
- § 27 Wie sind Ihre Ansprüche zusätzlich abgesichert?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer, zahlen wir die garantierte Todesfall-Leistung.

Bei einer Risiko-Lebensversicherung mit fallender garantierter Todesfall-Leistung finden Sie die jeweils mit Ihnen vereinbarte garantierte Todesfall-Leistung im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Wenn Sie eine konstante Todesfall-Leistung mit uns vereinbart haben, gilt: Ist die versicherte Person schwer erkrankt, können Sie die vorgezogene Zahlung der garantierten Todesfall-Leistung beantragen. Dabei gelten die Voraussetzungen des § 19.

(3) Zusätzlich zu der garantierten Todesfall-Leistung kann eine Leistung aus der Überschussbeteiligung anfallen (§ 14).

(4) Mit Auszahlung der Todesfall-Leistung ist der Vertrag beendet.

(5) Erlebt die versicherte Person den Ablauf der Versicherungsdauer, wird die Todesfall-Leistung nicht fällig und der Vertrag ist beendet.

§ 2 Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon, warum und wo der Versicherungsfall eintritt (weltweiter Versicherungsschutz). Bitte beachten Sie: Bei folgenden Ursachen ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt oder ausgeschlossen. Wir zahlen dann den für den Todestag berechneten Betrag, den wir bei einer Beitragsfreistellung zugrunde legen würden (§ 18 Absatz 2).

Selbsttötung

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung innerhalb der ersten drei Jahre seit Abschluss des Vertrags besteht kein Versicherungsschutz.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass

- die Tat in einem Zustand der krankhaften Störung der Geistestätigkeit begangen wurde und
- dieser Zustand bewirkt hat, dass die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Kriegerische Ereignisse

(3) Bei Tod in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen besteht kein Versicherungsschutz.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt,

- denen sie während eines Aufenthalts im Ausland ausgesetzt war und
- an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Terrorismus

(4) Bei Tod in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit einem terroristischen Angriff mit vorsätzlich eingesetzten oder vorsätzlich freigesetzten

- atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

besteht kein Versicherungsschutz.

Dies gilt auch, wenn andere als Waffen eingesetzte Mittel oder Stoffe mit vergleichbarem Gefährdungspotenzial bei einem terroristischen Angriff benutzt wurden. Beispiele sind Sprengstoffe oder Flugzeuge.

Voraussetzung für diese Einschränkung: Der Einsatz oder das Freisetzen waren darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen

- unmittelbar sterben,
- voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder
- dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden.

Die Voraussetzung einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von sechs Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Todesfall-Leistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

II. Leistungsauszahlung

§ 3 Wer erhält die Leistung?

(1) Sie als Versicherungsnehmer können bestimmen, wer die Leistung erhalten soll (Bezugsrecht). Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie uns keinen Bezugsberechtigten nennen, gilt:

- Sind Sie nicht die versicherte Person, erhalten Sie die Leistung.
- Sind Sie die versicherte Person, erhalten bei Ihrem Tod Ihre Erben die Leistung.

Bezugsrecht

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

Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Deshalb können Sie das Bezugsrecht bis zum Eintritt des Versicherungsfalles jederzeit ändern.

Sie können auch ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

(3) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des Versicherungsfalles grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden. Dies gilt nur, soweit solche Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie eine Abtretung und Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, wenn Sie bereits zuvor Verfügungen getroffen haben. Beispiele dafür sind ein unwiderrufliches Bezugsrecht, eine Abtretung oder eine Verpfändung.

§ 4 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus Ihrem Vertrag zu verfügen. Dies gilt insbesondere für die Entgegennahme von Leistungen aus dem Vertrag.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 5 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein vorgelegt wird und notwendige weitere Auskünfte (§ 23) erteilt werden.

(2) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Außerdem müssen uns vorgelegt werden

- eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort sowie
- eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache. Aus der Bescheinigung müssen Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, hervorgehen.

(3) Weitere Nachweise und Auskünfte können wir verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person übernehmen, die die Leistung beansprucht.

(4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir alle Informationen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind.

Wird eine der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Pflichten nicht erfüllt, 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.

(5) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

§ 6 Wann zahlen wir eine Sofort-Leistung als Vorauszahlung auf die Leistung?

(1) Auf Antrag in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) zahlen wir 10 % der garantierten Todesfall-Leistung höchstens jedoch 10.000 EUR auch schon

- vor Erhalt der Bescheinigung über die Todesursache und
- vor Ende der Leistungsprüfung

aus (**Sofort-Leistung**). Diese Auszahlung nehmen wir unverzüglich nach Erfüllung aller folgenden Voraussetzungen vor und verrechnen sie mit der von uns nach Ende der Leistungsprüfung an den Empfänger der Sofort-Leistung zu zahlenden Leistung.

Zahlen wir für die versicherte Person aus mehreren gleichartigen Verträgen eine Sofort-Leistung, gilt: Wir reduzieren die Grenze von 10.000 EUR entsprechend dem Anteil der garantierten Todesfall-Leistung. Dies gilt auch dann, wenn sich die Versicherungsnehmer oder die Leistungsempfänger der betroffenen Verträge unterscheiden.

Voraussetzungen für die Auszahlung der Sofort-Leistung:

- Die versicherte Person ist frühestens drei Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Ablauf der Versicherungsdauer gestorben.
- Es besteht kein Rückstand der Beitragszahlung.
- Es liegt keine Abtretung oder Verpfändung vor.
- Es liegt ein wirksames Bezugsrecht vor und der Bezugsberechtigte stellt den Antrag auf Sofort-Leistung. Oder es liegt kein wirksames Bezugsrecht vor und der Erbe der versicherten Person stellt den Antrag auf Sofort-Leistung unter Vorlage einer Kopie des Erbscheins.

Bei mehreren Bezugsberechtigten beziehungsweise mehreren Erben müssen alle Bezugsberechtigten beziehungsweise alle Erben den Antrag auf Sofort-Leistung gemeinsam stellen. Dabei müssen sie uns **einen** Bezugsberechtigten beziehungsweise **einen** Erben nennen, der die Sofort-Leistung erhalten soll. Die gewählte Person muss nach der wirksamen Bezugsrecht-Aufteilung beziehungsweise dem Erbschein zu mindestens 10 % bezugsberechtigt sein bzw. einen Anteil von mindestens 1/10 am Erbe erhalten.

- Der Empfänger der Sofort-Leistung hat uns seinen aktuellen Wohnsitz und seine aktuelle Kontoverbindung genannt.
- Der Empfänger der Sofort-Leistung hat die Pflichten nach § 5 Absatz 1 erfüllt.
- Der Empfänger der Sofort-Leistung hat uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt.

(2) Eine gezahlte Sofort-Leistung fordern wir nur zurück, wenn wir im Rahmen der Leistungsprüfung feststellen, dass der Versicherungsschutz nach § 2 Absätze 3 oder 4 eingeschränkt oder ausgeschlossen ist.

III. Beitrag und Kosten

§ 7 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen.

Die Beitragszahlweise wirkt sich auch auf die Summe der Beiträge aus, die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz zahlen. Das heißt zum Beispiel: Bei jährlichen Beiträgen ist die Beitragssumme insgesamt geringer als bei monatlichen Beiträgen.

(2) Die Beiträge müssen Sie zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Beitragszahlweise. In der beitragsfreien Zeit ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

(3) Sie müssen dem Lastschriftinzug der Beiträge zustimmen oder die Beiträge auf ein von uns benanntes Konto überweisen oder einzahlen. Versicherungsvermittler sind nicht berechtigt, Zahlungen entgegenzunehmen.

(4) Sie zahlen die Beiträge auf Ihre Kosten und Gefahr.

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir eventuelle Beitragsrückstände verrechnen.

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

Rechtzeitige Zahlung

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Den Fälligkeitstag finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, gilt die Zahlung als rechtzei-

tig, wenn

- wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen konnten und
- Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn Sie den Beitrag unverzüglich nach unserer Aufforderung zahlen. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Erstbeitrag

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

(3) Haben Sie den Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, müssen wir nicht leisten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die ausgebliebene Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(4) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist und haben Sie dies zu vertreten, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 9 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

(1) Wir bieten Ihnen bei Zahlungsschwierigkeiten verschiedene Lösungsmöglichkeiten an (Absätze 2 bis 4). Gerne beraten wir Sie, welche in Ihrem konkreten Fall die beste Möglichkeit ist. Bitte nehmen Sie dazu rechtzeitig telefonisch oder in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) Kontakt zu uns auf.

Stundung

(2) Sie können zu jedem Beitragszahlungstermin in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen, dass wir die Beiträge für höchstens sechs Monate zinslos stunden.

Voraussetzungen für die Stundung:

- Ihr Vertrag besteht zu Beginn der Stundung seit mindestens zwei Jahren.
 - Nach Ablauf der Stundung beträgt die Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr.
 - Sie sind zu Beginn der Stundung nicht im Rückstand mit der Beitragszahlung.
 - Sie haben im bisherigen Vertragsverlauf noch keine Stundung in Anspruch genommen.
- (3) Zum Ablauf der Stundung müssen Sie die gestundeten Beiträge in einer Summe nachzahlen.

Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht rechtzeitig nachzahlen, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist und haben Sie dies zu vertreten, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Beitragsfreistellung

(4) Sie können Ihren Vertrag auch beitragsfrei stellen und dadurch die Beitragszahlung vorzeitig beenden.

§ 10 Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?

(1) Durch den Abschluss und die laufende Verwaltung Ihres Vertrags entstehen Kosten (**Abschluss- und Vertriebskosten** sowie **Verwaltungskosten**). Diese sind von Ihnen zu tragen und bereits in Ihren Vertrag eingerechnet. Wir stellen sie Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung. Angaben zur Höhe dieser Kosten finden Sie im Abschnitt "Kosten" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehört insbesondere die Abschlussvergütung für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen sie die Aufwendungen für die Aufnahme Ihres Vertrags in den Versicherungsbestand und für ärztliche Untersu-

chungen im Zusammenhang mit dem Abschluss.

Wir verteilen einen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten (einmalige Abschluss- und Vertriebskosten) gleichmäßig über einen Zeitraum von fünf Jahren, jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer. Der auf diese Weise entnommene Betrag ist beschränkt auf 2,5 % der von Ihnen während der Dauer des Vertrags zu zahlenden Beiträge. Den darüber hinausgehenden Teil der Abschluss- und Vertriebskosten (laufende Abschluss- und Vertriebskosten) verteilen wir gleichmäßig auf die von Ihnen vereinbarungsgemäß zu zahlenden Beiträge.

(3) Die Verwaltungskosten beinhalten Aufwendungen für die laufende Bearbeitung Ihres Vertrags. Hierzu gehört die technische Bestandsführung.

Einen Teil der Verwaltungskosten entnehmen wir jedem Beitrag. Die restlichen Verwaltungskosten entnehmen wir über die gesamte Versicherungsdauer verteilt dem Deckungskapital.

(4) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Verordnung über Rechnungsgrundlagen für die Deckungsrückstellungen (Deckungsrückstellungsverordnung) an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Dauer des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(5) Die beschriebene Kostenverrechnung führt dazu, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Todesfall-Leistung (§ 18) vorhanden sind.

§ 11 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

- Erstellung von Abschriften
- Erstellung von Bescheinigungen
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Durchführung von Zahlungshilfen
- Buchungen außerhalb des SEPA-Zahlungsraums
- Rückläufer im Lastschriftverfahren

Zu den Anlässen kann auch die Ausübung eines Rechts zählen, das wir Ihnen in den Bedingungen einräumen. Dies gilt nicht, wenn wir ausdrücklich darauf verzichtet haben, Ihnen bei Ausübung dieses Rechts Kosten in Rechnung zu stellen.

(2) Die genauen Anlässe und die Höhe der jeweils veranlassten Kosten finden Sie in unserer beiliegenden Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) für die Zukunft angepasst werden. Die jeweils aktuelle Kostenübersicht können Sie jederzeit bei uns anfordern.

Wir behalten uns vor, für besondere Anlässe, die nicht in der Kostenübersicht stehen, Kostenpauschalen zu nehmen. Diese Anlässe müssen zusätzlichen Aufwand in der Verwaltung verursachen. Wir stellen Ihnen dann die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung. Die Kosten erheben wir nur, wenn wir sie weder nach dem Gesetz noch, weil wir es mit Ihnen vereinbart haben, tragen müssen.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschalen an den dabei regelmäßig entstehenden Kosten orientiert und sehen die Kosten als angemessen an. Die Angemessenheit müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns dann nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall überhaupt nicht angemessen sind, entfallen die Kosten. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall nur in geringerer Höhe angemessen sind, setzen wir die Kosten entsprechend herab.

(3) Wenn wir aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen von dritter Seite mit Kosten belastet werden, werden wir Ihnen diese in angefallener Höhe in Rechnung stellen. Dies betrifft beispielsweise die Ermittlung einer geänderten Anschrift, falls uns die Änderung nicht mitgeteilt wurde.

IV. Überschussbeteiligung

§ 12 Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und was passiert mit ihm?

(1) 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 Versicherungen zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

(2) Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen 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.

(3) Ansprüche auf eine bestimmte Höhe Ihrer Beteiligung am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

(4) Wir haben gleichartige Versicherungen (beispielsweise Rentenversicherungen, Risiko-Lebensversicherungen, Berufsunfähigkeits-Versicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Dies tun wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

§ 13 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?

(1) Wir beteiligen Sie am Überschuss. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen.

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

Ihre Versicherung gehört dem in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverband an.

Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht dazu beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

(3) Der Vorstand legt jedes Jahr auf Basis eines Vorschlags 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.

Ihre Versicherung erhält auf Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür finanzieren wir bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahrs. Ansonsten entnehmen wir sie der Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

§ 14 Wie verwenden wir den Überschuss?

(1) Während der Beitragszahlungsdauer verwenden wir den Überschuss zur Beitragsverrechnung.

In beitragsfreier Zeit verwenden wir den Überschuss immer zur Bildung eines Todesfall-Bonus.

Todesfall-Bonus

(2) Einen Todesfall-Bonus zahlen wir im Versicherungsfall zusätzlich zur garantierten Todesfall-Leistung. Den Todesfall-Bonus setzen wir im Rahmen der Überschussdeklaration jeweils für ein Versicherungsjahr, erstmals zu Beginn des ersten Versicherungsjahrs, in Prozent der garantierten Todesfall-Leistung fest. Der Todesfall-Bonus wird zusammen mit der garantierten Todesfall-Leistung fällig.

Beitragsverrechnung

(3) Bei der Beitragsverrechnung rechnen wir den zur Verfügung stehenden Überschuss auf die zu zahlenden Beiträge an. Die Beitragsverrechnung setzen wir im Rahmen der Überschussdeklaration jeweils für ein Versicherungsjahr, erstmals zu Beginn des ersten Versicherungsjahrs, in Prozent des Beitrags ohne Risikozuschläge fest.

§ 15 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Faktoren ab, die wir nicht vorhersehen und nur begrenzt beeinflussen können. Solche Faktoren sind insbesondere die Entwicklung des Kapitalmarkts, des versicherten Risikos und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir daher nicht garantieren. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 16 Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie unter:

www.neueleben.de

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat das?

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) kündigen. Wir stellen Ihren Vertrag dann beitragsfrei nach § 18.

Ist die Voraussetzung für die Beitragsfreistellung nicht erfüllt oder ist der Vertrag bereits beitragsfrei, erlischt der Vertrag, ohne dass ein Rückkaufwert fällig wird. Bei einer Kündigung innerhalb der Versicherungsperiode (§ 7 Absatz 2) erstatten wir den Beitrag anteilig für die noch nicht verstrichene Zeit der Versicherungsperiode.

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

§ 18 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?

Frist und notwendige Form bei Beitragsfreistellung

(1) Sie können jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) die Beitragsfreistellung Ihres Vertrags beantragen. Bei einer Beitragsfreistellung innerhalb der Versicherungsperiode (§ 7 Absatz 2) erstatten wir den Beitrag anteilig für die noch nicht verstrichene Zeit der Versicherungsperiode.

Voraussetzung für die Beitragsfreistellung: Nach der Beitragsfreistellung muss die beitragsfreie Todesfall-Leistung (Absatz 2) den Mindestbetrag erreichen. Diesen finden Sie im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

Beitragsfreie Todesfall-Leistung

(2) Die beitragsfreie Todesfall-Leistung berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung. Rechnungsgrundlagen sind unsere Annahmen bezüglich Kapitalerträgen (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten.

Mindestens legen wir dabei jedoch den Betrag zugrunde, der sich bei Anwendung des in § 10 beschriebenen Verfahrens zur Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten ergibt.

Bei der Berechnung der beitragsfreien Todesfall-Leistung berücksichtigen wir den Stornoabzug nach Absatz 3 und eventuelle Beitragsrückstände.

Stornoabzug bei Berechnung der beitragsfreien Todesfall-Leistung

(3) Bei Beitragsfreistellung vermindern wir das nach Absatz 2 ermittelte Deckungskapital um den Stornoabzug. Den Stornoabzug vereinbaren wir mit Ihnen mit der nachfolgend aufgeführten Begründung in der im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation bezifferten Höhe.

Wir halten den Stornoabzug für angemessen, da eine Beitragsfreistellung für uns und den verbleibenden Versichertenbestand mit Nachteilen verbunden ist. Diese Nachteile sollen verursachungsgerecht und nicht nur vom verbleibenden Versichertenbestand getragen werden. Solche Nachteile ergeben sich aus den folgenden Gründen:

- Bei einer vorzeitigen Beitragsfreistellung entstehen erhöhte Verwaltungskosten, welche wir in der Beitragskalkulation nicht berücksichtigt haben. Diese werden mit dem Stornoabzug ausgeglichen.
- Die Beitragsfreistellung verändert die Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands. Der Stornoabzug soll sicherstellen, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Beitragsfreistellung kein Nachteil entsteht.
- Wir beteiligen Sie im Voraus an Überschüssen, die zum Zeitpunkt Ihrer Beitragsfrei-

stellung noch nicht vollständig entstanden sind. Diese gegebenenfalls noch nicht entstandenen Überschüsse gleichen wir mit dem Stornoabzug aus.

- Eine vorzeitige Beitragsfreistellung des Vertrags kann je nach Situation am Kapitalmarkt dazu führen, dass sich Kapitalerträge des verbleibenden Versichertenbestands verringern. Das gleichen wir mit dem Stornoabzug aus.
- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den vorhandenen Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrags partizipieren Sie an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit stellt auch Ihr Vertrag Solvenzmittel zur Verfügung. Bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrags gehen diese dem verbleibenden Bestand teilweise vorzeitig verloren. Sie werden deshalb im Rahmen des Stornoabzugs ausgeglichen.

Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabzugs tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen beziehungsweise der Stornoabzug in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabzug.

Folgen der Beitragsfreistellung für die vereinbarten Leistungen

(4) In der Anfangszeit Ihres Vertrags ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 10) nur ein geringer Betrag zur Bildung einer beitragsfreien Todesfall-Leistung vorhanden. Auch in den Folgejahren sind - wegen der benötigten Risikobeiträge - gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Todesfall-Leistung vorhanden. Die Höhe der garantierten beitragsfreien Todesfall-Leistung finden Sie in der Tabelle im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

VI. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

§ 19 Wann können Sie die Zahlung einer vorgezogenen Todesfall-Leistung beantragen und welche Folgen hat das?

(1) Wenn Sie eine konstante Todesfall-Leistung mit uns vereinbart haben, gilt: Wir zahlen eine vorgezogene Todesfall-Leistung, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Bei der versicherten Person wird eine schwere Krankheit (Absatz 2) diagnostiziert.
- Sie beantragen die vorgezogene Todesfall-Leistung mindestens zwölf Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer.

Wenn Sie eine fallende Todesfall-Leistung mit uns vereinbart haben, können Sie keine vorgezogene Todesfall-Leistung beantragen.

(2) Eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende und unheilbare Krankheit, die voraussichtlich innerhalb von zwölf Monaten ab Stellung des Leistungsantrags zum Tod führen wird. Wir entscheiden über Ihren Antrag auf Basis einer Stellungnahme des behandelnden Facharztes. Zusätzlich können wir die Meinung eines weiteren von uns beauftragten unabhängigen Facharztes oder sonstigen Sachverständigen berücksichtigen.

Mit dem Antrag auf vorgezogene Todesfall-Leistung müssen Sie uns den Versicherungsschein und ein ärztliches Zeugnis einschließlich der Befunde vorlegen. Außerdem müssen Sie uns - soweit vorhanden - Krankenhausberichte einreichen. Alle Unterlagen müssen Sie in deutscher Sprache einreichen. Aus ihnen muss hervorgehen, dass bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. In diesem Zusammenhang entstehende Kosten müssen Sie tragen.

Wir können weitere ärztliche Nachweise verlangen. Hierfür übernehmen wir die Kosten. Wenn dafür eine fachmedizinische Begutachtung der versicherten Person erforderlich ist und diese dafür anreisen muss, übernehmen wir zusätzlich angemessene Reise- und Unterbringungskosten. Dies gilt auch für Reisen aus dem Ausland.

(3) Es besteht kein Anspruch auf eine vorgezogene Todesfall-Leistung, wenn die schwere Krankheit auf einem der Umstände beruht, die zu einer Einschränkung oder einem Ausschluss unserer Leistungspflicht bei Tod führen würden (§ 2).

(4) Nach Prüfung der in Absatz 2 genannten Unterlagen erklären wir, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung erfolgt innerhalb von zwei Wochen, nachdem uns alle Unterlagen vollständig vorliegen. Bis dahin informieren wir Sie spätestens alle sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Die versicherte Person muss folgende Personen und Institutionen ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen:

- Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war oder ist
 - Sachverständige
 - Pflegepersonen
 - Andere Personenversicherer
 - Gesetzliche Krankenkassen und Berufsgenossenschaften
 - Behörden
- (5) Mit Auszahlung der vorgezogenen Todesfall-Leistung ist der Vertrag einschließlich aller eingeschlossenen Zusatzversicherungen beendet.

VII. Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen

§ 20 Was müssen Sie bei einer Änderung Ihres Raucherstatus oder einer Änderung Ihres Berufs beziehungsweise beruflichen Status tun?

Ihr Versicherungsschutz berücksichtigt Ihren bei Antragstellung angegebenen Raucherstatus sowie Ihren bei Antragstellung angegebenen Beruf beziehungsweise beruflichen Status.

Eine Änderung im Vertragsverlauf müssen Sie uns nicht mitteilen. Sie ändert weder die Höhe des Beitrags noch der Todesfall-Leistung.

§ 21 Was müssen Sie bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens tun?

(1) Eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig erfahren. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift unter Ihrem uns zuletzt bekannten Namen zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung vier Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Wenn Sie sich länger als sechs Monate außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums aufhalten, müssen Sie uns einen Zustellungsbevollmächtigten nennen, der in der Bundesrepublik Deutschland ansässig ist. Diese Person ist zur Entgegennahme von Zustellungen besonders ermächtigt.

§ 22 Wer ist unser rechtlicher Ansprechpartner?

(1) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch Erklärungen, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

(2) Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter (§ 3 Absatz 2) als bevollmächtigt, diese Erklärungen entgegenzunehmen. Ist auch ein solcher nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins (§ 4) zur Entgegennahme der Erklärungen als bevollmächtigt ansehen.

§ 23 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Wenn 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 Abschluss des Vertrags,
- bei Änderung nach Abschluss des Vertrags oder
- auf Nachfrage

unverzüglich zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für die Erhebung von Daten und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Angaben über 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 der Wohnsitz, das Geburtsdatum, der Geburtsort sowie deutsche oder ausländische Steueridentifikationsnummern.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn Sie nicht im Ausland steuerlich ansässig sind.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir keine Leistung zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

Protektor Lebensversicherungs-AG
Wilhelmstraße 43 G
10117 Berlin
www.protektor-ag.de

Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Vertrag begünstigter Personen. Wir gehören dem Sicherungsfonds an.

VIII. Allgemeine Vereinbarungen und Informationen

§ 24 Welches Recht und welche Sprache gelten bei Ihrem Vertrag?

- (1) Auf Ihren Vertrag wird das Recht der Bundesrepublik Deutschland angewendet.
- (2) Die Vertragsgestaltung sowie die Kommunikation während der Dauer des Vertrags erfolgen in deutscher Sprache.

§ 25 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (2) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (3) Verlegen Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen, gilt dies ebenso.

§ 26 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?

- (1) Sollten Sie mit einer unserer Leistungen oder Entscheidungen nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte zunächst direkt an uns.
- (2) Wir haben uns als Mitglied des Versicherungsombudsmann e. V. dazu verpflichtet, an einem Verfahren zur Streitbeilegung vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Die zuständige Verbraucherschlichtungsstelle ist:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin

Telefon: 0800 369 6000
Fax: 0800 369 9000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

- (3) Unabhängig davon können Sie sich mit einer Beschwerde auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Bereich Versicherungen -
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Verbrauchertelefon: 0800 2100 500
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

- (4) Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von den vorstehenden Absätzen unberührt.

§ 27 Wie sind Ihre Ansprüche zusätzlich abgesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. VAG). Dieser ist errichtet bei:

BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung des Versicherungsschutzes

(BB_NNVG_260401)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen.

Inhalt

- § 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?
- § 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie frei von bestimmten Anlässen ausüben?
- § 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie gebunden an bestimmte Anlässe ausüben?
- § 4 Wann besteht die Nachversicherungsgarantie nicht oder wann können Sie diese nicht ausüben?
- § 5 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?
- § 6 Was gilt speziell für eine Risiko-Lebensversicherung Smart?
- § 7 Was gilt speziell für eine Risiko-Lebensversicherung Premium?

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

(1) Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie das Recht, Ihren bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Dafür gelten die Regelungen dieser Besonderen Bedingungen.

(2) Wenn Sie die Nachversicherungsgarantie ausüben möchten, gilt: Sie müssen dies in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen.

Für Ihren Antrag brauchen Sie ein von uns erstelltes Angebot. Wenn

- Sie diesem zustimmen und
- die Regelungen dieser Besonderen Bedingungen dem nicht entgegen stehen, führen wir die Erhöhung durch. Ein solches Angebot können Sie jederzeit bei uns anfordern.

§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie frei von bestimmten Anlässen ausüben?

Für eine Risiko-Lebensversicherung Smart gilt: Sie haben keine solche Möglichkeit und können die Nachversicherungsgarantie nur gebunden an bestimmte Anlässe nach § 3 ausüben.

Für eine Risiko-Lebensversicherung Premium gilt: Die ersten fünf Jahre nach Versicherungsbeginn nennen wir **freie Phase**. In dieser Phase können Sie die Nachversicherungsgarantie

- sowohl frei von bestimmten Anlässen
- als auch gebunden an bestimmte Anlässe nach § 3 ausüben.

§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie gebunden an bestimmte Anlässe ausüben?

(1) Sie können die Nachversicherungsgarantie ab Versicherungsbeginn gebunden an bestimmte Anlässe ausüben. Voraussetzungen für die Ausübung:

- Sie weisen uns einen der folgenden Anlässe innerhalb von zwölf Monaten nach dessen Eintritt nach.
- Wenn Sie im Vertragsverlauf schon eine oder mehrere an einen bestimmten Anlass gebundene Erhöhungen durchgeführt haben, gilt: Seit der letzten an einen bestimmten Anlass gebundenen Erhöhung müssen mindestens zwölf Monate vergangen sein.
- Der Anlass muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Dazu können Sie uns beispielsweise eine Urkunde oder ein amtliches Zeugnis vorlegen. Die Anlässe beziehen sich alle auf die versicherte Person:

- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Heirat
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, wenn die Ehe oder eingetragene Lebenspartnerschaft mindestens zwölf Monate bestand
- Tod des Ehepartners, des eingetragenen Lebenspartners oder eines in demselben

Haushalt lebenden Partners

- Pflegefall des Ehepartners, des eingetragenen Lebenspartners oder eines in demselben Haushalt lebenden Partners
 - Erreichen der Volljährigkeit
 - Erstmalige Aufnahme eines staatlich anerkannten Studiums, eines staatlich anerkannten dualen Studiums oder einer Berufsausbildung
 - Erfolgreicher Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums, eines staatlich anerkannten dualen Studiums oder einer Berufsausbildung
 - Erfolgreiche Absolvierung einer Meisterprüfung
 - Übergang aus einem mindestens ein Jahr laufenden Teilzeit-Arbeitsverhältnis oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle
 - Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums, eines staatlich anerkannten dualen Studiums oder einer Berufsausbildung, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
 - Erstmaliger Wechsel von einer nicht selbstständigen Tätigkeit in eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
 - Erstmaliger Wechsel in einen Beruf, der eine Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfordert und nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
 - Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbstständiger beruflicher Tätigkeit um mehr als 10 % gegenüber dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen der letzten zwölf Monate (jeweils einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld, aber ohne Bonuszahlungen, variable Gehaltsteile, Tantiemen oder Sonderzahlungen)
 - Steigerung der Summe der Bruttoeinkommen aus selbstständiger beruflicher Tätigkeit der beiden letzten Kalenderjahre (im Vergleich zu den beiden davor liegenden Kalenderjahren) um mehr als 20 %
 - Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung
 - Wegfall oder Kürzung (um mindestens 15 %) einer berufsständischen Altersversorgung
 - Wegfall oder Kürzung (um mindestens 25 %) einer betrieblichen Altersversorgung
 - Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung
 - Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung oder Übernahme einer (bestehenden) Praxis oder Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis oder Kanzlei
 - Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung im gewerblichen Bereich oder zur Finanzierung einer Immobilie
- Weisen Sie den Eintritt des Anlasses nicht fristgerecht nach, können Sie die Nachversicherungsgarantie für diesen Anlass nicht ausüben.

(2) Die Kosten für die Nachweise tragen Sie.

§ 4 Wann besteht die Nachversicherungsgarantie nicht oder wann können Sie diese nicht ausüben?

- (1) Die Nachversicherungsgarantie besteht nicht, wenn
 - Sie mit uns eine fallende Todesfall-Leistung vereinbart haben,
 - der Vertrag mit einer vereinfachten Risikoprüfung in Form einer Dienstfähigkeitsklärung zustande gekommen ist oder
 - für den Vertrag ein Risikozuschlag vereinbart ist.
- (2) Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie ist nicht möglich, wenn
 - der Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung beitragsfrei ist,
 - die versicherte Person zum Erhöhungstermin (§ 5 Absatz 2) das 50. Lebensjahr vollendet hat,
 - der Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie bereits eingetreten ist,
 - für die versicherte Person Leistungen aus diesem Vertrag bezogen oder beantragt wurden oder
 - für die versicherte Person Leistungen aus einer anderen privaten oder gesetzlichen Versicherung wegen Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten), Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit bezogen oder beantragt wurden.

§ 5 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?

(1) Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir unter Berücksichtigung des Alters der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung. Wir berücksichtigen dabei auch die verbleibende Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer. Im bestehenden Vertrag vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Erhöhung.

Bei der Berechnung des Beitrags verwenden wir dieselben Rechnungsgrundlagen wie bei Vertragsabschluss. Rechnungsgrundlagen sind unsere Annahmen bezüglich Kapitalerträgen (Rechnungszins), Risikoverlauf und Kosten.

(2) Wir führen die Erhöhung des Versicherungsschutzes frühestens zur nächsten Beitragsfälligkeit nach Erhalt Ihrer Mitteilung durch. Die Erhöhung erfolgt spätestens zu Beginn des folgenden Versicherungsjahrs. Wenn Sie uns keinen Termin nennen, erfolgt die Erhöhung zu Beginn des folgenden Versicherungsjahrs. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt zum Zeitpunkt der Erhöhung.

§ 6 Was gilt speziell für eine Risiko-Lebensversicherung Smart?

(1) Eine Risiko-Lebensversicherung Smart können Sie gebunden an bestimmte Anlässe nach § 3 bis fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöhen.

(2) Pro Erhöhung dürfen Sie die Todesfall-Leistung um höchstens 100 % der zu Versicherungsbeginn vereinbarten Todesfall-Leistung erhöhen. Die jeweilige Erhöhung darf dabei 50.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Sie dürfen die Todesfall-Leistung auf höchstens 600.000 EUR erhöhen.

Die Summe aller Erhöhungen darf höchstens 150.000 EUR betragen.

(4) Für jede Erhöhung gilt: Die unter "Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?" in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Frist bei Selbsttötung beginnt für den erhöhten Teil neu.

§ 7 Was gilt speziell für eine Risiko-Lebensversicherung Premium?

Begrenzungen der Erhöhungen ohne bestimmten Anlass

(1) Eine Risiko-Lebensversicherung Premium dürfen Sie innerhalb der freien Phase (§ 2) ohne bestimmten Anlass insgesamt um höchstens 25 % der zu Versicherungsbeginn vereinbarten Todesfall-Leistung erhöhen. Die Summe aller Erhöhungen ohne bestimmten Anlass darf höchstens 50.000 EUR betragen.

Begrenzungen der an einen bestimmten Anlass gebundenen Erhöhungen

(2) Eine Risiko-Lebensversicherung Premium können Sie gebunden an bestimmte Anlässe nach § 3 bis fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöhen.

(3) Pro Erhöhung dürfen Sie die Todesfall-Leistung um höchstens 100 % der zu Versicherungsbeginn vereinbarten Todesfall-Leistung erhöhen. Die jeweilige Erhöhung darf dabei 50.000 EUR nicht überschreiten.

Regelungen für alle Erhöhungen

(4) Sie dürfen die Todesfall-Leistung auf höchstens 600.000 EUR erhöhen.

Die Summe aller Erhöhungen darf höchstens 150.000 EUR betragen.

(5) Für jede Erhöhung gilt: Die unter "Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?" in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Frist bei Selbsttötung beginnt für den erhöhten Teil neu.

BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistungen

(BB_NDYN_260401)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen.

Inhalt

I. Regelungen, die Ihren Vertrag allgemein betreffen

- § 1 Wann erhöhen wir Beitrag und Leistungen?
- § 2 Wie erhöhen wir den Beitrag?
- § 3 Wie erhöhen wir die Leistungen?
- § 4 Welche sonstigen Regelungen gelten für die Erhöhungen?
- § 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

II. Regelungen, die spezielle Bestandteile Ihres Vertrags betreffen

- § 6 Was gilt speziell für Rentenversicherungen mit endfälliger Garantie?
- § 7 Was gilt speziell für Rentenversicherungen mit Indexbeteiligung?
- § 8 Was gilt speziell für Fondsgebundene Rentenversicherungen?
- § 9 Was gilt speziell für Hybrid-Rentenversicherungen?
- § 10 Was gilt speziell für Risiko-Lebensversicherungen?
- § 11 Was gilt speziell für Versorger-Zusatzversicherungen?

I. Regelungen, die Ihren Vertrag allgemein betreffen

§ 1 Wann erhöhen wir Beitrag und Leistungen?

(1) Jeweils einmal im Jahr, zum Erhöhungstermin, erhöhen wir Beitrag und Leistungen. Dies gilt, solange eine Pflicht zur Beitragszahlung besteht. Die Termine der ersten sowie letzten Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Sie haben die Möglichkeit, einer Erhöhung zu widersprechen. Einzelheiten dazu finden Sie in § 5.

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

§ 2 Wie erhöhen wir den Beitrag?

(1) Wir erhöhen jeweils den aktuell zu zahlenden Beitrag für die Versicherung einschließlich eingeschlossener Zusatzversicherungen nach dem mit Ihnen vereinbarten Anpassungsmodus (Beitragsdynamik).

Den mit Ihnen vereinbarten Anpassungsmodus und die Regelung zur Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Haben Sie "Anpassungsmodus P(x %)" oder "Anpassungsmodus P(x %-)BBG" vereinbart, gilt: Den Prozentsatz können Sie zu Vertragsbeginn festlegen. Er kann

- entweder 3 % oder 5 % bei Risiko-Lebensversicherungen
- zwischen 1 % und 10 % bei anderen Versicherungen

betragen.

Den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Im Rahmen einer Erhöhung kann sich das Verhältnis zwischen der Höhe des Beitrags für die Hauptversicherung und den Beitragsanteilen eingeschlossener Zusatzversicherungen ändern.

(3) Vereinbarte Risikozuschläge werden bei jeder Erhöhung berücksichtigt. Geleistete Zuzahlungen werden nicht berücksichtigt.

(4) Erhöhungen des Beitrags gelten jeweils für die restliche Beitragszahlungsdauer.

§ 3 Wie erhöhen wir die Leistungen?

(1) Durch jede Erhöhung des Beitrags erhöhen sich die vereinbarten Leistungen.

Die Erhöhungen der Leistungen berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Einzelheiten zur Erhöhung der versicherten Leistungen Ihres Vertrags können Sie dem entsprechenden Paragraphen im Abschnitt II entnehmen.

(2) Durch jede Erhöhung des Beitrags erhöht sich die Leistung einer eingeschlossenen Versorger-Zusatzversicherung entsprechend.

(3) Die vereinbarte Regelung zur Erhöhung bezieht sich ausschließlich auf die Erhöhung des Beitrags. Die Leistungen erhöhen sich in der Regel um einen anderen Prozentsatz als der Beitrag.

(4) Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für jede Erhöhung.

§ 4 Welche sonstigen Regelungen gelten für die Erhöhungen?

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir alle Regelungen Ihres Vertrags auch für die Erhöhungen sinngemäß an. Dies gilt insbesondere für die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung.

Entsprechendes gilt auch für die Verteilung der in Ihren Vertrag eingerechneten Abschluss- und Vertriebskosten. Weitere Informationen finden Sie unter "Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?" im Abschnitt "Beitrag und Kosten" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie

- ihr bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder
- den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem jeweiligen Erhöhungstermin zahlen.

(2) Sie können den Erhöhungen beliebig oft widersprechen, ohne Ihr Recht auf zukünftige Erhöhungen zu verlieren.

(3) Haben Sie eine Stundung der Beiträge vereinbart, so erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

(4) Ist zum Zeitpunkt der Erhöhung eine Versorger-Zusatzversicherung mitversichert, beachten Sie bitte auch § 11 Absatz 3.

II. Regelungen, die spezielle Bestandteile Ihres Vertrags betreffen

§ 6 Was gilt speziell für Rentenversicherungen mit endfälliger Garantie?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir dem Vertragsguthaben zu.

Die Erhöhung des Beitrags erhöht Ihr Mindestkapital und die Mindestrente.

Die Erhöhung der Mindestrente berechnen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir jedoch zusätzlich einen Sicherheitsabschlag von 15 %.

Die Rechnungsgrundlagen zur Berechnung der Mindestrente finden Sie in Paragraph "Was sind die Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Altersrente?" der AVB.

§ 7 Was gilt speziell für Rentenversicherungen mit Indexbeteiligung?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir dem Vertragsguthaben zu.

Die Erhöhung des Beitrags erhöht Ihr Mindestkapital und die Mindestrente.

Die Erhöhung der Mindestrente berechnen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir jedoch zusätzlich einen Sicherheitsabschlag von 15 %.

Die Mindestrente je 10.000 EUR Guthaben ändert sich durch die Erhöhung des Beitrags nicht.

Die Rechnungsgrundlagen zur Berechnung der Mindestrente und der Mindestrente je 10.000 EUR Guthaben finden Sie in Paragraph "Was sind die Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Altersrente?" der AVB.

§ 8 Was gilt speziell für Fondsgebundene Rentenversicherungen?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir entsprechend der zum Erhöhungstermin vereinbarten Fondsaufteilung dem Fondsguthaben zu.

Die erhöhten Beiträge berücksichtigen wir bei der Mindestleistung im Todesfall. Die Mindestrente je 10.000 EUR Fondsguthaben ändert sich durch die Erhöhung des Beitrags nicht.

§ 9 Was gilt speziell für Hybrid-Rentenversicherungen?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir entsprechend der zum Erhöhungstermin vereinbarten Beitragsaufteilung dem Vertragsguthaben zu.

Wenn die Beitragsaufteilung einen konventionellen Sparbeitrag vorsieht, gilt: Die Erhöhung des Beitrags erhöht Ihr Mindestkapital und die Mindestrente.

Die Erhöhung der Mindestrente berechnen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir jedoch zusätzlich einen Sicherheitsabschlag von 15 %.

Die Mindestrente je 10.000 EUR Fondsguthaben ändert sich durch die Erhöhung des Beitrags nicht.

Die Rechnungsgrundlagen zur Berechnung der Mindestrente und der Mindestrente je 10.000 EUR Fondsguthaben finden Sie in Paragraph "Was sind die Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Altersrente?" der AVB.

§ 10 Was gilt speziell für Risiko-Lebensversicherungen?

- (1) Die Erhöhungen erfolgen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (2) Die Erhöhungen haben keinen Einfluss auf den Ablauf der
 - unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" und
 - für den Fall der Selbsttötung unter "Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?" in den Allgemeinen Versicherungsbedingungengenannten Fristen.

§ 11 Was gilt speziell für Versorger-Zusatzversicherungen?

- (1) Die Erhöhungen erfolgen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (2) Die Erhöhungen haben keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen.
- (3) Nach dem Tod des versicherten Versorgers erfolgen während der vereinbarten Leistungsdauer der Versorger-Zusatzversicherung keine Erhöhungen. Erhöhungen, die in diesem Zeitraum durchgeführt wurden, entfallen rückwirkend.

VVS: Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

(VVS_N_260401)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Sie erhalten von uns vorläufigen Versicherungsschutz zu dem von Ihnen gewünschten Vertrag. Der "gewünschte Vertrag" ist der von Ihnen beantragte Vertrag oder der Vertrag, zu dem Sie unverbindlich oder im Rahmen einer Direktpolizierung einen Vorschlag angefragt haben. Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir die Abkürzung VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Inhalt

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Was sind die Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 Wann endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und wann ist sie ausgeschlossen?
- § 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 6 Wie ist das Verhältnis zum gewünschten Vertrag?
- § 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Wenn Sie

- einen Antrag auf Abschluss eines Vertrags (Antrag) gestellt oder
- unverbindlich oder im Rahmen einer Direktpolizierung eine Anfrage für einen Vertragsvorschlag (Anfrage) an uns gerichtet haben,

leisten wir aus dem vorläufigen Versicherungsschutz, wenn

- der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes (§ 3) eintritt und
- die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Dies gilt auch, wenn erst nach Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes feststeht, dass der Versicherungsfall während seiner Dauer eingetreten ist.

Wenn Sie die Nachversicherungsgarantie ausüben, gilt: Der vorläufige Versicherungsschutz ist ausgeschlossen.

(2) Art und Umfang des vorläufigen Versicherungsschutzes richten sich nach den Angaben in Ihrem Antrag oder Ihrer Anfrage. Auch wenn Ihr gewünschter Vertrag höhere Leistungen vorsieht, begrenzen wir diese wie folgt:

- Kapitalleistungen für den Todesfall sind auf 150.000 EUR beschränkt. Mögliche Leistungen aus einer Unfalltod-Zusatzversicherung sind in diesem Betrag enthalten.
- Überlebens- und Waisenrenten sind auf insgesamt jährlich 5.000 EUR beschränkt.
- Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Erwerbsminderungs-Renten sind auf insgesamt jährlich 12.000 EUR beschränkt. Leistungen wegen Krankenschreibung erbringen wir nicht.
- Beitragsbefreiungen bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Erwerbsminderung sind auf die Befreiung von insgesamt jährlich 6.000 EUR Beitrag beschränkt. Leistungen aus einer Beitragsbefreiung zahlen wir nur, wenn der gewünschte Vertrag zustande gekommen ist und solange er noch besteht.
- Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des 7. Lebensjahrs, leisten wir höchstens die gewöhnlichen Beerdigungskosten. Diese betragen zurzeit 8.000 EUR.

(3) Wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte Person bei uns bestehen, gelten die Höchstbeträge nach Absatz 2 für alle Verträge zusammen. Wenn die Summe der Leistungen aus den gewünschten Verträgen einen der Höchstbeträge übersteigt, gilt: Diesen Höchstbetrag teilen wir in dem Verhältnis auf die einzelnen Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz auf, in dem die Leistungen der einzelnen gewünschten Verträge zur Summe ihrer Leistungen stehen.

Dies gilt auch, wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte Person bei verschiedenen Versicherungsunternehmen bestehen.

(4) Der vorläufige Versicherungsschutz umfasst keine Leistungen im Erlebensfall. Dies gilt sowohl für Kapitalleistungen als auch für Altersrenten. Dies gilt auch,

wenn der gewünschte Vertrag solche Leistungen vorsieht.

(5) Der vorläufige Versicherungsschutz umfasst keine Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Dies gilt auch, wenn der gewünschte Vertrag Leistungen aus der Überschussbeteiligung vorsieht.

§ 2 Was sind die Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz?

Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sind:

- Der für den gewünschten Vertrag vorgesehene Versicherungsbeginn liegt spätestens zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrags, der unverbindlichen Anfrage oder des Vertrags im Rahmen einer Direktpolizierung.
- Sie haben im Antrag oder der Anfrage die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person vollständig genannt. Ihre Angaben zum Umfang der Versicherung und zum Gesundheitszustand der versicherten Person sind ebenfalls vollständig.
- Sie haben es nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht, dass der gewünschte Vertrag zustande kommt.
- Ihr Antrag oder Ihre Anfrage weicht nicht von den von uns angebotenen Versicherungsleistungen und Bedingungen ab.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem

- Ihr Antrag oder Ihre Anfrage bei uns eingeht und
- die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

- Ein gleichartiger Versicherungsschutz hat aus einer Versicherung begonnen. Wenn die Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen zustande gekommen ist, müssen Sie uns unverzüglich informieren.
- Sie haben Ihren Antrag oder Ihre Anfrage zurückgenommen oder angefochten.
- Sie oder wir haben den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz nach den Absätzen 3 und 4 gekündigt.
- Der gewünschte Vertrag kommt nicht zustande, weil Sie Ihre Vertragserklärung nach § 8 VVG widerrufen oder einer Abweichung des gewünschten Vertrags von Ihrem Antrag nach § 5 Absätze 1 und 2 VVG widersprochen haben.
- Sie haben nach Zustandekommen des gewünschten Vertrags den ersten Beitrag für den gewünschten Vertrag nicht rechtzeitig gezahlt. Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen konnten und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die ausgebliebene Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Sie können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz jederzeit kündigen.

(4) Auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz jederzeit kündigen. Wir kündigen vor allem in den folgenden Fällen:

- Wir können Ihren Antrag nicht annehmen oder können Ihnen auf Ihre Anfrage keinen Vertragsvorschlag unterbreiten.
- Sie haben unseren Vertragsvorschlag nicht innerhalb der dort gesetzten Frist angenommen.

Unsere Kündigung wird jedoch erst zwei Wochen, nachdem Ihnen diese zugegangen ist, wirksam.

(5) Wenn unsere Leistungspflicht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, gilt: Diese endet in den Fällen des Absatzes 2 Spiegelstriche 2 und 4 und des Absatzes 3 mit dem vorläufigen Versicherungsschutz. In den übrigen Fällen bestimmt sich das Ende unserer Leistungspflicht nach § 4.

§ 4 Wann endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und wann ist sie ausgeschlossen?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht nicht mit der Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes endet (§ 3 Absatz 5), gilt: Sie besteht fort bis zum Eintritt

der Leistungsfreiheit oder bis zum Wegfall der Leistungsvoraussetzungen, längstens jedoch bis die für den gewünschten Vertrag vorgesehene Leistungsdauer endet. Dabei sind jeweils die Voraussetzungen des gewünschten Vertrags entscheidend.

Darüber hinaus leisten wir nicht, wenn wir infolge einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht berechtigt sind, eine Anfechtung, Kündigung oder den Rücktritt von dem gewünschten Vertrag oder dem Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz zu erklären.

Weitere Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt "Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Wir leisten auch nicht bei Versicherungsfällen aufgrund von Umständen,

- nach denen wir in den Antragsunterlagen oder den Unterlagen zu einer Anfrage oder den zugehörigen Dokumenten gefragt haben und
- von denen Sie oder die versicherte Person vor der Unterzeichnung des Antrags oder der Anfrage Kenntnis hatten,

auch wenn Sie diese Umstände im Antrag oder in der Anfrage angegeben haben. Dies gilt nicht, wenn die betreffenden Umstände nach unseren Grundsätzen der Risikobewertung einer Annahme des gestellten Antrags oder einem Vertragsabschluss aufgrund Ihrer Anfrage nicht entgegengestanden hätten.

(3) Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse unter "Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der Bedingungen des gewünschten Vertrags.

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir grundsätzlich keinen Beitrag. Leisten wir aber aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir

- bei Verträgen gegen laufende Beiträge den Beitrag für das erste Versicherungsjahr und
- bei Verträgen gegen Einmalbeitrag den Einmalbeitrag

des gewünschten Vertrags ein.

Wenn die Höhe unserer Leistungen nach § 1 Absätze 2 und 3 begrenzt ist, gilt: Wir berechnen den Beitrag auf Basis des Versicherungsschutzes in Höhe des dort festgelegten Höchstbetrags.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zum gewünschten Vertrag?

Wenn in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir

- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die Besonderen Bedingungen sowie
- die weiteren Vertragsbestimmungen

des gewünschten Vertrags an. Dies gilt insbesondere für Einschränkungen und Ausschlüsse.

§ 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Wenn Sie in Ihrem Antrag oder Ihrer Anfrage eine dritte Person als Bezugsberechtigten angegeben haben, gilt: Diese ist auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz anspruchsberechtigt.

Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

(KOSTEN_N_260101)

Werden aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen zusätzliche Kosten verursacht, können wir Ihnen diese als pauschalen Betrag gesondert in Rechnung stellen. Die Höhe der Kosten können wir nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) künftig anpassen. Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen „Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die aktuelle Kostenübersicht erhalten Sie jederzeit bei uns.

Anlass	Betrag (je Vorgang)
Abschriften	
- Abschriften der Erklärungen, die Sie mit Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben (z. B. Schriftwechsel mit einem Rechtsanwalt)	40 EUR
- Ausstellen einer Abschrift des Versicherungsscheins	10 EUR
- Ausstellen eines Ersatzversicherungsscheines (Ersatzpolice)	20 EUR
Drittrechte	
- Abtretung/Verpfändung an gewerbliche Händler von Gebrauchtpolicen	50 EUR
- Abtretung und Verpfändung	25 EUR
In-/Exkasso	
- Beitragsübermittlung durch Sie aus einem Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	10 EUR
- Leistungsübermittlung durch uns an einen Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	10 EUR
- Mahngebühr (*)	7,50 EUR
- Vom Zahlungspflichtigen zu vertretende fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung (*) (**)	5 EUR
Leistung	
- Einholung einer individuellen Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht	15 EUR
Vertragsänderungen	
- Wechsel des Versicherungsnehmers (außer bei Verträgen der betrieblichen Altersversorgung)	20 EUR
- Wiederinkraftsetzung des Vertrags	25 EUR
- Wiederinkraftsetzung eines beitragsfreigestellten Vertrags ohne Nachzahlung der Beiträge	25 EUR
- Durchführung einer vom Versicherungsnehmer gewünschten Vertragsänderung, der der Versicherer zustimmen muss (z. B. Änderung der Laufzeit, des Beitrages (ausgenommen Beitragsfreistellung), der versicherten Summe oder der Rente)	25 EUR
Zahlungshilfen	
- Einrichtung eines Stundungskontos	20 EUR
- Bearbeitung von Zahlungsrückständen (z. B. Verrechnung von Rückständen)	20 EUR
Sonstiges	
- Erstellung eines versicherungsmathematischen Gutachtens	200 EUR
- Gebühr für die laufende Rentenzahlung im Rahmen einer Unterstützungskassen-Versorgung	5 EUR
- Kapitalübertragungen (inkl. Deckungskapital)	98 EUR
- Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes	10 EUR
- Adressen-Recherche aufgrund nicht angezeigter Änderung der Anschrift	10 EUR
Bescheinigungen	
- Erstellung von zusätzlichen Kontoauszügen	5 EUR
- Anfragen zum Policenzweitmarkt	5 EUR
- Zusätzliche Bescheinigung des Rückkaufwerts	5 EUR
- Ämterbescheinigung	5 EUR
- Bescheinigung für das Finanzamt	5 EUR
- Bescheinigung über eingezahlte Beiträge	5 EUR
- Zusätzliche Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung	5 EUR
- Bestätigung des Bezugsrechts	5 EUR
- Bescheinigung über eine Schuldenbereinigung	5 EUR

(*) Bei Basisrentenverträgen nach dem Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (AliZertG) erheben wir nur diese Kosten.

(**) Neben diesem pauschalen Betrag zur Abgeltung uns von dritter Seite in Rechnung gestellter Kosten erheben wir keine weiteren Kosten.

Steuerhinweise für Ihren Vertrag

Risiko-Lebensversicherung

(STH_RIS_220101)

Diese Steuerhinweise geben einen allgemeinen Überblick über die zurzeit geltenden Steuerregelungen. Sie beruhen auf den bis zum 01.06.2021 veröffentlichten Gesetzen und Vorschriften der Finanzverwaltung. Durch eine künftige Gesetzesänderung kann sich die Rechtslage ändern. Wir gewähren keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Einzelfall kann es zu steuerlichen Besonderheiten kommen. Die Hinweise ersetzen daher keine Steuerberatung. Sie gelten nur für Versicherungsnehmer mit Sitz oder Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

I. Einkommensteuer

(1) Sonderausgaben

Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie im Rahmen eines Höchstbetrages als Sonderausgaben in Ihrer Steuererklärung berücksichtigen. Dies gilt nicht, wenn Sie den Höchstbetrag bereits durch Ihre Beiträge zur Basisabsicherung der Kranken- und Pflegeversicherung ausgeschöpft haben. Diese Sonderausgaben nach § 10 Absatz 1 Nummer 3a Einkommensteuergesetz (EStG) heißen sonstige Vorsorgeaufwendungen.

(2) Besteuerung der Leistung

Kapitalzahlungen aus Ihrem Vertrag

Im Todesfall zahlen wir Ihr Kapital steuerfrei aus.

Die Ansprüche aus Ihrem Vertrag wurden von einem Dritten entgeltlich erworben? Dann ist die Auszahlung im Todesfall nicht steuerfrei. Ist dieser Dritte hingegen die versicherte Person bleibt es trotz des Erwerbes bei der Steuerfreiheit im Todesfall. Gleiches gilt, wenn die Ansprüche aus arbeits-, erb-, oder familienrechtlichen Gründen übertragen wurden.

II. Erbschaftsteuer

Sie übertragen Ansprüche oder Leistungen aus Ihrem Vertrag auf eine andere Person? Dann zeigen wir dem zuständigen Erbschaftsteuerfinanzamt dies an, da eventuell eine Schenkung vorliegt. Bei Tod des Versicherungsnehmers melden wir dies ebenfalls an das zuständige Finanzamt, da womöglich ein Erwerb von Todes wegen vorliegt. Ob Erbschaftsteuer entsteht, ist von den jeweiligen individuellen Verhältnissen abhängig.

III. Versicherungsteuer

Beiträge zu Ihrem Vertrag sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe a Versicherungsteuergesetz steuerfrei.

IV. Umsatzsteuer

Beiträge zu und Leistungen aus Ihrem Vertrag sind umsatzsteuerfrei nach § 4 Nummer 10a Umsatzsteuergesetz.

Merkblatt zur Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung der Rentner (PVdR)

(KVdR_260401)

Sie haben eine betriebliche Altersversorgung (bAV) abgeschlossen. Das ist ein wichtiger Baustein Ihrer persönlichen Vorsorge. Mit diesem Merkblatt informieren wir Sie über eine Besonderheit der bAV: die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung der Rentner (PVdR). Die Informationen sind für Sie entscheidend, wenn Sie aus Ihrer bAV eine Leistung erhalten. Die am häufigsten gestellten Fragen haben wir für Sie nach dem Stand der aktuellen Gesetzgebung zusammengestellt.

Bitte beachten Sie: Dieses Merkblatt ist für Sie nur wichtig, wenn Sie Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind (gesetzlich oder freiwillig versichert). Ob Sie aus der Leistung Ihrer bAV Beiträge zur KVdR zahlen müssen, hängt von Ihrer persönlichen Situation ab. Klären Sie dies bitte mit Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung.

Zum Leistungszeitpunkt privat oder im Ausland Krankenversicherte sind von der KVdR und PVdR nicht betroffen.

An wen kann ich mich bei Fragen zu meiner Beitragspflicht wenden?

Bei Fragen zur Verbeitragung Ihrer Versorgungsleistung ist ausschließlich Ihre jeweilige Krankenversicherung zuständig.

Was ist die KVdR?

Die KVdR ist eine Pflichtversicherung für alle Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten (bzw. eine gesetzliche Rente beantragt und zugleich einen entsprechenden Rentenanspruch haben). Dies betrifft Altersrenten, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder Hinterbliebenenrenten. Träger der KVdR sind die gesetzlichen Krankenkassen.

Wer wird Mitglied in der KVdR?

Insbesondere folgender Personenkreis wird Mitglied in der KVdR:

- Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung, die in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens zu mindestens 90 % in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,
- Rentner, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflicht- und freiwillig versichert sind,
- Rentner, die im Rahmen einer Erwerbsminderung eine gesetzliche Rente beziehen,
- Rentner, die Mitglied einer Familienversicherung sind,
- Rentner, die während des Erwerbslebens wegen Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert waren, soweit sie eine gesetzliche Rente beziehen.

Personen, die eine gesetzliche Waisenrente beziehen, sind ohne Berücksichtigung einer Vorversicherungszeit i. d. R. versicherungspflichtig in der KVdR. Während aber für die gesetzliche Waisenrente bis zu bestimmten Altersgrenzen Beitragsfreiheit besteht, unterliegen die bAV Waisenrenten grundsätzlich der Beitragspflicht.

Mitglieder in der KVdR sind automatisch Mitglied in der PVdR.

Wer ist als Rentner ggf. freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse?

Gesetzlich Krankenversicherte, die keinen Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben:

- Mitglieder von Versorgungsbestimmter Berufsstände (z. B. Rechtsanwälte, Ärzte),
- Versicherte, die in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens nicht zu mindestens 90 % Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse waren.

Was ist die gesetzliche Grundlage für die Beitragspflicht von Leistungen aus der bAV in der KVdR?

Leistungen aus der bAV (Rente / Kapital / Kapitalabfindung) sind nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V als sogenannte Versorgungsbezüge bei der Bemessung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung anzusetzen. Nicht zu den Versorgungsbezügen gehören Leistungen aus dem sogenannten Altersvorsorgevermögen im Sinne von § 92 des Einkommenssteuergesetzes (EStG) (nach § 10a und Abschnitt XI EStG geförderte (sog. "Riester-Förderung") bzw. förderfähige bAV).

Welche Leistungen melden wir der gesetzlichen Krankenkasse?

Bevor wir eine Leistung aus der bAV auszahlen, sind wir verpflichtet, nach Ihrer Krankenversicherung zu fragen. Danach melden wir die Leistung an die jeweilige gesetzliche Krankenkasse. Die Meldepflicht gilt nur für die Leistungen oder den Teil der Leistungen aus einer betrieblichen Altersversorgung, die nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zu verbeitragen sind.

Versicherer, Pensionskassen und Pensionsfonds sind sogenannte Zahlstellen. Versicherte sind gesetzlich verpflichtet, der Zahlstelle ihre Daten mitzuteilen.

Wenn wir eine Kapitalleistung oder einen Rückkaufswert zahlen, melden wir der jeweiligen Krankenkasse den beitragspflichtigen Betrag. Die Krankenkasse erhebt dann vom Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Wenn wir eine Rente zahlen, fordern wir bei Ihrer Krankenkasse einen Beitragsbescheid an. Falls Sie beitragspflichtig sind, behalten wir als Zahlstelle die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ein. Von Ihrer Rente ziehen wir diese Beiträge ab und überweisen sie an Ihre Krankenkasse. Das gilt auch für Renten, die wir an Hinterbliebene und Waisen zahlen.

Welche Beiträge sind zu zahlen?

Der Beitragssatz zur KVdR entspricht dem vollen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (beispielsweise im Jahr 2026: 14,6 %). Zusätzlich kann noch ein individueller Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenkasse erhoben werden.

Außerdem ist ein Beitrag zur Pflegeversicherung fällig (beispielsweise im Jahr 2026: 4,2 %). Erfüllen Sie im Rahmen des § 55 SGB I i. V. m. § 56 SGB I die Eigenschaft als Eltern, reduziert sich der Beitragssatz um derzeit 0,6 %. Der Beitragssatz kann sich abhängig von der aktuellen Kinderanzahl unter 25 Jahren weiter reduzieren.

Aktuelle und detailliertere Informationen erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse.

Beiträge werden nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung erhoben (beispielsweise im Jahr 2026: 5.812,50 EUR monatlich). Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich neu festgelegt.

Unterschreiten die Leistungen aus Versorgungsbezügen eine bestimmte Summe (beispielsweise im Jahr 2026: 197,75 EUR monatlich), fallen für Pflichtversicherte keine Beiträge für KVdR und PVdR an. Dieser Grenzwert wird jedes Jahr zum 1. Januar neu festgelegt. Sie werden bei der Prüfung der Beitragspflicht berücksichtigt. Auch hierzu erhalten Sie nähere Informationen von Ihrer Krankenkasse.

Seit dem 01.01.2020 gilt für gesetzlich Pflichtversicherte zusätzlich zur Freigrenze (§ 226, Abs. 2 SGBV) ein sog. Freibetrag, der der Höhe der Freigrenze entspricht (beispielsweise für 2026: 197,75 EUR) und monatlich pro Person nach Weisung der Krankenkasse zur Anwendung kommen kann.

Das bedeutet für Sie: Übersteigt die Leistung aus der betrieblichen Altersversorgung bei gesetzlich pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentnern die jeweils gültige Freigrenze (beispielsweise für 2026: 197,75 EUR) um 1 Cent, greift zusätzlich der Freibetrag. Für diesen Freibetrag fallen dann keine Beiträge zur Krankenversicherung / Zusatzbeitrag an.

Gilt der Freibetrag auch für die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

Nein. Die Pflegeversicherung ist von dieser Regelung ausgenommen.

Sind Sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert?

Nach derzeitiger Rechtslage profitieren Sie nicht von der Freigrenze oder dem Freibetrag. Für Sie gelten die Beitragsverfahrensgrundsätze für Selbstzahler, die auf Ihre gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abstellen.

Wie werden die Beiträge zur KVdR und PVdR ermittelt, wenn Sie eine Kapitalleistung erhalten?

Um den monatlichen Beitrag zu berechnen, zieht die Krankenkasse 1/120 der Kapitalleistung heran. Dieser Anteil ist die Grundlage für die Ermittlung des monatlichen Beitrags, den Sie in den nächsten 10 Jahren an Ihre Krankenkasse zahlen müssen.

Beispiel:

Sie erhalten eine Kapitalleistung von 42.000 EUR. Dieser Betrag wird durch 120 geteilt (42.000 : 120 = 350 EUR). Die 350 EUR sind die Grundlage für den monatlichen Beitrag an Ihre Krankenkasse. Das bedeutet, Sie würden beispielhaft folgende Beiträge zahlen:

Krankenversicherung	14,6 %	51,10 EUR
Zusatzbeitrag z. B.	2,9 %	10,15 EUR
Pflegeversicherung	4,2 %	14,70 EUR

Gesamt 75,95 EUR werden.

Wird bei diesem Versorgungsbezug beispielhaft der Freibetrag angewendet, berechnen sich die Beiträge wie folgt:

Grundlage für den monatlichen Beitrag		350,00 EUR
abzüglich Freibetrag		-197,75 EUR
Beitragspflichtig für Krankenversicherung und Zusatzbeitrag		152,25 EUR
Krankenversicherung	14,6 %	22,23 EUR
Zusatzbeitrag z. B.	2,9 %	4,42 EUR
Beitragspflichtig für Pflegeversicherung		350,00 EUR
Pflegeversicherung	4,2 %	14,70 EUR
Gesamt		41,35 EUR

Wie werden die Beiträge zur KVdR und PVdR ermittelt, wenn Sie eine Rentenzahlung erhalten?

Wenn wir eine Rente zahlen, fordern wir bei Ihrer Krankenkasse einen Beitragsbescheid an. Falls Sie beitragspflichtig sind, behalten wir als Zahlstelle die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ein. Von Ihrer Rente ziehen wir diese Beiträge ab und überweisen sie an Ihre Krankenkasse.

Beispiel:

Sie erhalten aus Ihrer betrieblichen Altersversorgung eine monatliche Rente von 350 EUR. Das bedeutet, dass Sie beispielhaft folgende Beiträge zahlen:

Krankenversicherung	14,6 %	51,10 EUR
Zusatzbeitrag z. B.	2,9 %	10,15 EUR
Pflegeversicherung	4,2 %	14,70 EUR
Gesamt		75,95 EUR

Wird bei diesem Versorgungsbezug beispielhaft der Freibetrag angewendet, berechnen sich die Beiträge wie folgt:

Grundlage für den monatlichen Beitrag		350,00 EUR
abzüglich Freibetrag		-197,75 EUR
Beitragspflichtig für Krankenversicherung und Zusatzbeitrag		152,25 EUR
Krankenversicherung	14,6 %	22,23 EUR
Zusatzbeitrag z. B.	2,9 %	4,42 EUR
Beitragspflichtig für Pflegeversicherung		350,00 EUR
Pflegeversicherung	4,2 %	14,70 EUR
Gesamt		41,35 EUR

Was passiert, wenn Sie Ihre Direktversicherung privat fortführen?

Bei einer privat fortgeführten Direktversicherung werden die Beiträge zur KVdR nicht auf die gesamte Leistung Ihrer Direktversicherung berechnet. Dies gilt, wenn Sie als ausgeschiedener Arbeitnehmer Versicherungsnehmer werden und Sie zu Ihrer Versicherung privat Beiträge zahlen. (Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 28.09.2010, 1 BvR 1660/08). In diesem Fall wird nur der Teil der Leistung beitragspflichtig, der betrieblich, also von bzw. über Ihren Arbeitgeber finanziert wurde. Nur diesen Betrag melden wir an die Krankenkasse. In der Mitteilung müssen wir allerdings auch Ihrer Krankenkasse gegenüber angeben, dass (aber nicht in welcher Höhe) Leistungen aus einem nach einer Übertragung der Versicherungsnehmer-Stellung privat fortgeführten Teil bezogen werden.

Gibt es so eine Entscheidung auch für Pensionskassen-Versicherungen?

Ja. Das Bundesverfassungsgericht hat diese Grundsätze in einer Entscheidung vom 27.06.2018 (1 BvR 100/15 und 1 BvR 249/15) auch auf die Pensionskasse übertragen.

Was passiert mit der Leistung aus einer Direktversicherung, zu der auch nach § 10a und Abschnitt XI EStG geförderte (sog. "Riester-Förderung") bzw. förderfähige Beiträge (§ 92 EStG) gezahlt wurden?

Die Leistung ist in solchen Fällen aufzuteilen. Der Teil der Leistung, der auf Altersvorsorgevermögen nach § 92 EStG beruht, ist kein Versorgungsbezug im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V. Auf diesen Teil zahlen Sie keine Beiträge; wir sind allerdings gesetzlich verpflichtet Ihrer Krankenkasse auch zu melden, dass (aber nicht in welcher Höhe) Leistungen aus einem Altersvorsorgevertrag nach § 92 EStG bezogen