

Versicherungsbedingungen und -informationen für die Basler BetriebsRente

Nummer für die Empfangsbestätigung im Antrag:

BAL 1179 05.17

Inhaltsverzeichnis

		Seite
▶ Basler BetriebsRente		
Allgemeine Versicherungsbedingungen Basler BetriebsRente	BAL 8439 01.17	4
Gebührentabelle für konventionelle Versicherungen	BAL 8118 01.15	30
Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung	BAL 8119 04.16	31
Pflegeoption	BAL 8127 01.17	32
Steuer- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen zur Direktversicherung	BAL 8125 01.15	33
Verbraucherinformation zur betrieblichen Altersversorgung	BAL 8126 05.17	34

Allgemeine Versicherungsbedingungen Basler BetriebsRente

A Vertragsschluss

- 1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- 2 Was sind die wesentlichen Merkmale Ihres Vertrags?
- 3 Was müssen Sie beachten, wenn Sie den Antrag stellen?
- 4 Welche Folgen hat es, wenn Sie uns gegenüber unvollständige oder falsche Angaben machen?
- 5 Wann endet Ihr Vertrag?
- 6 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

B Leistungen und Einschränkungen

- 7 Welche Altersrente erhalten Sie zum Rentenbeginn?
- 8 Wie können Sie eine Kapitalabfindung anstelle der Altersrente wählen?
- 9 Wie können Sie eine Teilrente und ein Teilkapital abrufen?
- 10 Wie sind Sie abgesichert, wenn die versicherte Person stirbt?
- 11 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben?

C Auszahlung der Leistungen

- 12 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung aus dem Vertrag erhalten möchten?
- 13 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten? Wie zahlen wir aus?
- 14 Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen erbringen?
- 15 Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?

D Beitragszahlung und Kosten

- 16 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?
- 17 Welche Besonderheiten müssen Sie bei den Beiträgen zur Direktversicherung beachten?
- 18 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
- 19 Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen möchten?
- 20 Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?
- 21 Wie können Sie Ihren Vertrag durch Zuzahlungen erhöhen?
- 22 Welche Kosten fallen für Ihren Vertrag an?

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer

- 23 Welche Rechnungsgrundlagen verwenden wir?
- 24 Welche Überschüsse können während der Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen?

- 25 **Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen bei der Basler BetriebsRente, bevor wir eine Altersrente zahlen?**
- 26 **Wie berechnen wir eine lebenslange Altersrente aus den Überschüssen?**
- 27 **Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, wenn wir eine Rente zahlen?**
- 28 **Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen der Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit?**
- 29 **Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?**
- 30 **Können Sie diesen Vertrag abtreten, verpfänden oder beleihen?**
- 31 **Was gilt, wenn das Arbeitsverhältnis endet?**
- 32 **Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift, Ihr Name oder Ihr steuerlicher Status ändert?**
- 33 **Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?**

G Kündigung des Vertrags

- 34 **Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?**
- 35 **Welchen Abzug nehmen wir, wenn Sie Ihren Vertrag kündigen?**
- 36 **Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?**

Glossar

A Vertragsschluss

1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Wir sind die Basler Lebensversicherungs-AG, eine Lebensversicherungsgesellschaft mit Sitz in Hamburg. Sie werden unser Vertragspartner, der so genannte ∇ Versicherungsnehmer.

Unser Vertrag kommt wie folgt zustande: Zuerst füllen Sie unser Antragsformular auf Abschluss der Versicherung vollständig und wahrheitsgemäß aus. Diesen Antrag schicken Sie oder Ihr Vermittler uns zu. Der Vertrag kommt in dem Moment zwischen uns zustande, wenn Sie eine der beiden Unterlagen von uns erhalten:

- Eine ∇ schriftliche Annahmeerklärung oder
- den ∇ Versicherungsschein.

Der Versicherungsschutz besteht frühestens ab diesem Zeitpunkt. Wenn im ∇ Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt um 12.00 Uhr.

2 Was sind die wesentlichen Merkmale Ihres Vertrags?

2.1 Was ist die Basler BetriebsRente?

Ihre Basler BetriebsRente ist eine Rentenversicherung (Direktversicherung).

Ihr Vertrag erbringt die folgenden Leistungen:

- Eine garantierte lebenslange Altersrente, wenn die ∇ versicherte Person zum Rentenbeginn lebt. Anstelle der Altersrente zahlen wir optional eine Kapitalabfindung.
- Wenn Sie eine Todesfall-Leistung vereinbart haben und die ∇ versicherte Person stirbt, zahlen wir die vereinbarte Leistung.

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

2.2 Was ist die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit?

Die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit können Sie zusätzlich für einen eigenen Beitrag einschließen. Wir erbringen dann folgende Leistung: Wird die ∇ versicherte Person berufsunfähig, übernehmen wir für Sie die Beiträge zu diesem Vertrag.

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

3 Was müssen Sie beachten, wenn Sie den Antrag stellen?

Im Antrag fragen wir Sie nach verschiedenen Angaben, die für das versicherte Risiko bedeutsam sind, zum Beispiel zu Ihrer Gesundheit. Alle Fragen im Antrag, die wir Ihnen in ∇ Textform stellen, müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Dies nennen wir Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Wenn Sie eine andere Person versichern, gilt: Auch diese muss alle Fragen im Antrag, die wir in ∇ Textform stellen, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.

4 Welche Folgen hat es, wenn Sie uns gegenüber unvollständige oder falsche Angaben machen?

4.1 Wann können wir vom Vertrag zurücktreten?

Wir können vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie oder die ∇ versicherte Person unsere Fragen nicht vollständig oder falsch beantwortet haben. Damit wir zurücktreten können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Wir haben Ihnen die Fragen in ∇ Textform gestellt und
- die Fragen sind bedeutsam für das versicherte Risiko.

Was heißt das? Wir hätten Ihren Antrag nicht oder nur geändert angenommen, wenn Sie die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet hätten.

4.2 Welche Folgen treten ein, wenn wir vom Vertrag zurücktreten?

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, endet Ihr Versicherungsschutz.

Was gilt für den Fall, dass zu dem Zeitpunkt des Rücktritts bereits ein ∇ Versicherungsfall eingetreten ist? In diesem Fall sind wir zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Ein verschwiegener oder falsch angegebener Umstand war nicht die Ursache dafür,
- dass der ∇ Versicherungsfall eingetreten ist oder festgestellt wurde,
 - dass die Leistungspflicht festgestellt wurde und
 - dass die Leistungspflicht im aufgetretenen Umfang angefallen ist.

Wenn keine Leistungspflicht besteht und ein ∇ Deckungskapital vorhanden ist, zahlen wir Ihnen dieses vermindert um den Abzug nach 35 aus.

4.3 Wann können wir vom Vertrag nicht zurücktreten, diesen aber kündigen?

4.3.1 Unter folgenden Bedingungen können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, obwohl die Voraussetzungen nach 4.1 erfüllt sind: Sie haben unsere Fragen weder ∇ vorsätzlich noch ∇ grob fahrlässig falsch oder unvollständig beantwortet.

Wir können jedoch den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn wir kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp (19) vor. Wir verzichten auf dieses Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflicht ∇ unverschuldet verletzt haben.

4.3.2 Wenn Sie Ihre Anzeigepflicht ∇ grob fahrlässig oder ∇ fahrlässig verletzt haben, gilt: Wir können unter folgenden Bedingungen den Vertrag weder kündigen noch von ihm zurücktreten:

Wir hätten den Vertrag auch dann geschlossen, wenn wir die verschwiegenen Umstände (zum Beispiel eine Krankheit) gekannt hätten. Dies gilt auch, wenn wir den Vertrag dann zu anderen Bedingungen geschlossen hätten.

4.4 Wann können wir vom Vertrag weder zurücktreten noch diesen kündigen, aber neue Bedingungen aufnehmen?

4.4.1 Wenn wir vom Vertrag nicht zurücktreten oder den Vertrag nicht kündigen können, gilt: Wir nehmen neue Bedingungen in den Vertrag auf. Bedingungen, zu denen wir den Vertrag geschlossen hätten, wenn wir die verschwiegenen Umstände gekannt hätten. Die neuen Bedingungen gelten ab folgendem Zeitpunkt: Wenn Sie die Anzeigepflicht ∇ grob fahrlässig oder ∇ fahrlässig verletzt haben, gelten die neuen Bedingungen rückwirkend ab Vertragsbeginn. Die neuen Bedingungen können dazu führen, dass wir Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand anbieten, den Sie uns verschwiegen haben. Wenn Sie die Anzeigepflicht ∇ unverschuldet verletzt haben, verzichten wir darauf, die Bedingungen anzupassen.

4.4.2 Was können Sie tun, wenn wir Ihnen die neuen Bedingungen mitgeteilt haben? Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats kündigen (34), nachdem Ihnen unsere Mitteilung zugegangen ist. In dieser Mitteilung weisen wir Sie auf das Recht zu kündigen hin. Damit Sie kündigen können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Der Beitrag erhöht sich um mehr als 10 Prozent dafür, dass wir das neue Risiko übernehmen, oder
- wir bieten Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand an, den Sie uns verschwiegen haben.

4.5 Welche Frist und Form müssen wir beachten, wenn wir vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder neue Bedingungen aufnehmen?

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Bedingungsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Wir müssen diese Rechte ∇ schriftlich geltend machen. Die Monatsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir davon erfahren haben, dass Sie Ihre Anzeigepflicht verletzt haben. Wenn wir unsere Rechte ausüben, müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unseren Rücktritt, unsere Kündigung oder Bedingungsänderung stützen. Wir können nachträglich weitere Gründe angeben. Auch hierfür gilt jeweils eine Monatsfrist ab dem Zeitpunkt, zu dem wir davon erfahren haben. In folgenden Fällen können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder die Bedingungen ändern:

- Wir kannten den Umstand, den Sie verschwiegen haben,
- es war uns bekannt, dass der Umstand nicht richtig war oder
- es sind bereits fünf Jahre vergangen, seitdem wir den Vertrag geschlossen haben. Außerdem ist innerhalb dieser fünf Jahre kein ∇ Versicherungsfall eingetreten. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht ∇ vorsätzlich oder ∇ arglistig verletzt haben.

4.6 Wann können wir den Vertrag anfechten?

Wenn Sie oder die ∇ versicherte Person die Anzeigepflicht ∇ arglistig verletzen, können wir den Vertrag auch anfechten.

Dann müssen wir keine Leistung erbringen. Dies gilt auch dann, wenn die ∇ versicherte Person unvollständige oder falsche Angaben gemacht hat, ohne dass Sie davon Kenntnis hatten.

Wenn wir den Vertrag anfechten, entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend ab Vertragsbeginn. Ist ein ∇ Deckungskapital vorhanden, zahlen wir Ihnen dieses vermindert um den Abzug nach 35 aus. Sie haben keinen Anspruch, dass wir die Beiträge zurückzahlen.

4.7 Welche Besonderheit gilt, wenn Sie später den Umfang des Versicherungsschutzes erweitern möchten?

Wenn wir zu einem späteren Zeitpunkt auf Ihren Wunsch hin den Umfang des Versicherungsschutzes erweitern, gilt: Dann können wir in Bezug auf den erhöhten Teil des Vertrags die zuvor genannten Rechte ebenfalls geltend machen. Die in 4.5 genannten Fristen beginnen bezüglich des geänderten Teils neu zu laufen. Dasselbe gilt, wenn Sie nach einem Beitragsstopp (19) wieder Beiträge zahlen möchten.

5 Wann endet Ihr Vertrag?

Ihr Vertrag endet, wenn

- Sie zum Rentenbeginn die Kapitalabfindung wählen,
- die ∇ versicherte Person stirbt und wir keine Hinterbliebenen-Rente zahlen,
- wir eine Hinterbliebenen-Rente zahlen und der Hinterbliebene stirbt oder eine Waisenrente endet,
- Sie den Vertrag gekündigt haben (34) und dieser erlischt oder
- wir eine geringe Rente abfinden (7.3).

6 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Die Vertragssprache für alle ∇ Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

Alle Mitteilungen zu diesem Vertrag müssen in ∇ Textform erfolgen. Ansonsten müssen die Mitteilungen nicht beachtet werden. Wir können mit Ihnen abweichende Vereinbarungen treffen. Wenn Sie sterben, dürfen wir unsere ∇ Erklärungen an folgende Personen schicken:

- Eine von Ihnen bevollmächtigte Person,
- den ∇ Begünstigten oder
- den Inhaber des ∇ Versicherungsscheins unter folgenden Voraussetzungen:
 - Ein ∇ Begünstigter ist nicht vorhanden oder
 - wir können seinen Aufenthalt nicht ermitteln.

B Leistungen und Einschränkungen

7 Welche Altersrente erhalten Sie zum Rentenbeginn?

7.1 Welchen Rentenbeginn können Sie wählen?

Sie können den Rentenbeginn flexibel zwischen dem frühesten (7.1.2) und dem geplanten (7.1.1) Rentenbeginn wäh-

len. Wenn Sie eine Abrufoption (7.1.3) vereinbart haben, können Sie Ihren Rentenbeginn hinausschieben. Sie müssen die Altersrente mindestens einen Monat vor dem gewünschten Rentenbeginn beantragen.

7.1.1 Was ist der geplante Rentenbeginn?

Bei Abschluss des Vertrages legen Sie Folgendes fest: Einen Rentenbeginn, zu dem Sie planen, eine Altersrente für die 7 versicherte Person zu erhalten.

7.1.2 Was ist der früheste Rentenbeginn?

Sie können den Rentenbeginn vorziehen, wenn die 7 versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat.

Bei ansonsten gleichen Voraussetzungen ist die vorgezogene Rente niedriger als die Rente zum geplanten Rentenbeginn.

Wenn Sie die Altersrente vorziehen, zahlen Sie ab diesem Zeitpunkt keine Beiträge mehr. Eine eingeschlossene Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit endet zu diesem Zeitpunkt.

7.1.3 Was ist die Abrufoption?

Sie können eine Abrufoption mit uns vereinbaren. Dann können Sie den Rentenbeginn hinausschieben und die Altersrente zwischen dem geplanten und dem spätesten Rentenbeginn abrufen. Der späteste Rentenbeginn ist der Zeitpunkt, an dem die Abrufoption abläuft. Wenn Sie die Altersrente während dieses Zeitraums nicht abrufen, beginnt die Altersrente zum spätesten Rentenbeginn.

Während der Abrufoption zahlen Sie weiterhin Beiträge. Ausnahme: Sie zahlen keine weiteren Beiträge, wenn

- die 7 Beitragszahlungsdauer abgelaufen ist,
- Sie einen Beitrags-Stopp (19) beantragt haben oder
- Sie während der Abrufoption keine Beiträge zahlen möchten.

Während der Abrufoption können Sie eine Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit nicht fortführen.

Bei ansonsten gleichen Voraussetzungen ist die hinausgeschobene Rente höher als die Rente zum geplanten Rentenbeginn.

7.2 Was ist die lebenslange Altersrente?

Wenn die 7 versicherte Person den Rentenbeginn erlebt, zahlen wir eine lebenslange Altersrente. Wir zahlen die Rente am Anfang eines jeden Monats. Nach Rentenbeginn kann sich die Rente durch Überschüsse erhöhen (27).

7.3 Wann können wir geringe Altersrenten abfinden?

Wir dürfen eine Altersrente von weniger als 25 EUR monatlich durch eine einmalige Kapitalabfindung abfinden. Wir benötigen Ihre Zustimmung dazu nicht.

8 Wie können Sie eine Kapitalabfindung anstelle der Altersrente wählen?

Sie können bis zu einem Monat vor dem Rentenbeginn eine Kapitalabfindung anstelle der Altersrente wählen. Mit der Auszahlung der Kapitalabfindung endet Ihr Vertrag.

Vor dem geplanten Rentenbeginn (7.1.1) können Sie keine Kapitalabfindung wählen. Eine Kündigung ist möglich (34).

9 Wie können Sie eine Teilrente und ein Teilkapital abrufen?

Sie können bis zu einem Monat vor dem Rentenbeginn anstelle der Altersrente oder der Kapitalabfindung auch Folgendes wählen:

- Sie erhalten bis zu 30 Prozent der Kapitalabfindung, der Überschüsse (25) und einer Beteiligung an den Bewertungsreserven (24.3) als einmaliges Kapital und
- aus den verbleibenden Werten berechnen wir eine lebenslange Altersrente nach 7.2.

Sie können die Teilrente und das Teilkapital nur wählen, wenn die Teilrente mindestens 25 EUR monatlich beträgt.

10 Wie sind Sie abgesichert, wenn die 7 versicherte Person stirbt?

10.1 Wer kann für den Todesfall begünstigt werden?

Wenn die 7 versicherte Person stirbt, zahlen wir unsere Leistung an den 7 Begünstigten.

Nach diesen Bedingungen können Sie nur folgende Hinterbliebene begünstigen:

- a. Den überlebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner zum Zeitpunkt des Todes der 7 versicherten Person.
- b. Den überlebenden geschiedenen Ehegatten oder ehemaligen eingetragenen Lebenspartner, wenn Sie diese Person vor Eintritt des 7 Versicherungsfalls begünstigt haben.
- c. Den Lebensgefährten oder die Lebensgefährtin, wenn diese Person zum Zeitpunkt des Todes der 7 versicherten Person
 - mit der 7 versicherten Person in einer eheähnlichen Gemeinschaft gelebt hat,
 - in der Versorgungszusage namentlich mit Anschrift und Geburtsdatum genannt wurde und
 - Sie uns die Versorgungszusage zur Kenntnis gegeben haben.
- d. Die Kinder der 7 versicherten Person zum Zeitpunkt des Todes, die
 - den 18. Geburtstag noch nicht erreicht haben,
 - den 25. Geburtstag noch nicht erreicht haben und nachweislich noch in einer Schul- oder Berufsausbildung sind oder
 - eine der übrigen in § 32 Abs. 3, Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 oder Abs. 5 Einkommensteuergesetz (EStG) genannten Voraussetzungen erfüllen.

Wenn Sie keinen Hinterbliebenen nach a. bis d. begünstigt haben, zahlen wir die Leistungen in nachfolgender Rangfolge:

1. Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner (a.)
2. Kinder der 7 versicherten Person (d.).

Wenn kein Hinterbliebener nach a. bis d. vorhanden ist, können Sie eine andere Person begünstigen. In diesem Fall zahlen wir ein Sterbegeld in Höhe des Kapitals nach 10.2 oder 10.3.1, höchstens jedoch 8.000 EUR.

Wenn die 7 versicherte Person stirbt und

- Sie eine andere als in a. bis d. genannte Person begünstigt haben,
- obwohl ein Hinterbliebener nach a. bis d. vorhanden ist, ist das Bezugsrecht zu Gunsten der anderen Person unwirksam.

10.2 Welche Leistungen erbringen wir, wenn die ∇ versicherte Person vor Rentenbeginn stirbt?

Wenn Sie eine Todesfall-Leistung vor Rentenbeginn vereinbart haben und die ∇ versicherte Person vor dem Rentenbeginn stirbt, zahlen wir folgende Leistung:

- Eine lebenslange Hinterbliebenen-Rente, wenn ein Hinterbliebener nach 10.1 a., b. oder c. begünstigt ist oder
- eine abgekürzte Hinterbliebenen-Rente (Waisenrente) an jedes Kind, wenn die Kinder nach 10.1 d. begünstigt sind. Das Kapital, aus dem wir die Waisenrenten berechnen, verteilen wir gleichmäßig auf die Kinder.

Die Hinterbliebenen-Rente berechnen wir mit:

- Den gezahlten Beiträgen ohne die Beiträge für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit, den Überschüssen (25) und einer Beteiligung an den Bewertungsreserven (24.3), dem ∇ rechnermäßigen Alter der Hinterbliebenen,
- den folgenden ∇ Rechnungsgrundlagen:
 - Dem ∇ Rechnungszins, den wir zum Rentenbeginn für vergleichbare sofort beginnende Renten (10.4) verwenden.
 - Unternehmenseigenen ∇ Sterbetafeln, die wir zum Rentenbeginn für vergleichbare sofort beginnende Renten (10.4) verwenden.
 - Unseren für den Rentenbezug festgelegten Kosten. Die Kosten haben wir bereits bei Beginn Ihres Vertrags festgelegt. Die Höhe der Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt entnehmen.

Während einer Abrufoption (7.1.3) gilt: Wir berechnen die Hinterbliebenen-Rente mit dem ∇ Deckungskapital anstelle der gezahlten Beiträge.

Anstelle der Rente zahlen wir auf Antrag des ∇ Begünstigten ein einmaliges Kapital.

10.3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn die ∇ versicherte Person nach Rentenbeginn stirbt?

Wenn Sie eine lebenslange Altersrente nach 7.2 wählen, können Sie eine der folgenden Formen des Hinterbliebenen-Schutzes mit uns vereinbaren:

- Altersrente mit Rentengarantiezeit (10.3.1) oder
- Altersrente mit Hinterbliebenen-Schutz (10.3.2).

10.3.1 Was ist die Altersrente mit Rentengarantiezeit?

Sie können bis zu einem Monat vor dem Rentenbeginn eine Rentengarantiezeit einschließen, ändern oder ausschließen. Wenn Sie die Rentengarantiezeit ändern, berechnen wir die Altersrente neu mit den ∇ Rechnungsgrundlagen nach 23.

Wenn die ∇ versicherte Person nach Rentenbeginn und vor Ablauf der Rentengarantiezeit stirbt, zahlen wir folgende Leistung:

- Eine lebenslange Hinterbliebenen-Rente, wenn ein Hinterbliebener nach 10.1 a., b. oder c. begünstigt ist oder
- eine abgekürzte Hinterbliebenen-Rente (Waisenrente) an jedes Kind, wenn die Kinder nach 10.1 d. begünstigt sind. Das Kapital, aus dem wir die Waisenrenten berechnen, verteilen wir gleichmäßig auf die Kinder.

Die Hinterbliebenen-Renten berechnen wir mit:

- Dem ∇ Deckungskapital für die bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Altersrenten,
- dem ∇ rechnermäßigen Alter der Hinterbliebenen,
- den folgenden ∇ Rechnungsgrundlagen:

- Dem ∇ Rechnungszins, den wir zum Rentenbeginn für vergleichbare sofort beginnende Renten (10.4) verwenden.
- Unternehmenseigenen ∇ Sterbetafeln, die wir zum Rentenbeginn für vergleichbare sofort beginnende Renten (10.4) verwenden.
- Unseren für den Rentenbezug festgelegten Kosten. Die Kosten haben wir bereits bei Beginn Ihres Vertrags festgelegt. Die Höhe der Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt entnehmen.

Anstelle der Rente zahlen wir auf Antrag des ∇ Begünstigten ein einmaliges Kapital.

Sie können die Rentengarantiezeit nur einschließen oder verlängern, wenn dadurch die Altersrente nicht unter 25 EUR monatlich sinkt.

Die Rentengarantiezeit können Sie nur in ganzen Jahren vereinbaren. Sie muss mindestens fünf Jahre betragen. Sie endet spätestens an dem ∇ Versicherungsjahrestag des Jahres, in dem die ∇ versicherte Person das 90. Lebensjahr vollendet. Wenn Sie eine Abrufoption (7.1.3) vereinbart haben und den Rentenbeginn hinausschieben, kann sich deshalb die Rentengarantiezeit automatisch verkürzen.

10.3.2 Was ist die Altersrente mit Hinterbliebenen-Schutz?

Sie können bis zu einem Monat vor dem Rentenbeginn eine Altersrente mit Hinterbliebenen-Schutz vereinbaren. Die Altersrente mit Hinterbliebenen-Schutz ist eine Altersrente mit einer eingeschlossenen Hinterbliebenen-Rente für eine ∇ mitversicherte Person. Die ∇ mitversicherte Person kann nur eine Person nach 10.1 a., b. oder c. sein.

Sie können die Hinterbliebenen-Rente zwischen 60 Prozent und 100 Prozent der Altersrente wählen. Wenn nicht anders vereinbart, beträgt die Hinterbliebenen-Rente 60 Prozent der Altersrente. Wenn die ∇ versicherte Person nach Rentenbeginn stirbt, zahlen wir der ∇ mitversicherten Person eine lebenslange, garantierte Hinterbliebenen-Rente. Die Hinterbliebenen-Rente zahlen wir jeweils am Anfang eines Monats aus.

Der Hinterbliebenen-Schutz erlischt, wenn die ∇ mitversicherte Person stirbt.

Die Altersrente und die Hinterbliebenen-Rente berechnen wir mit:

- Der Kapitalabfindung, den Überschüssen (25) und einer Beteiligung an den Bewertungsreserven (24.3) zum Rentenbeginn,
- dem ∇ rechnermäßigen Alter der ∇ versicherten Person und der ∇ mitversicherten Person zum Rentenbeginn,
- den folgenden ∇ Rechnungsgrundlagen:
 - Dem ∇ Rechnungszins, den wir zum Rentenbeginn für vergleichbare sofort beginnende Renten (10.4) verwenden.
 - Unternehmenseigenen ∇ Sterbetafeln, die wir zum Rentenbeginn für vergleichbare sofort beginnende Renten (10.4) verwenden.
 - Unseren für den Rentenbezug festgelegten Kosten. Die Kosten haben wir bereits bei Beginn Ihres Vertrags festgelegt. Die Höhe der Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt entnehmen.

Nach dem Rentenbeginn sind die berechnete Altersrente und die Hinterbliebenen-Rente garantiert.

Sie können die Altersrente mit Hinterbliebenen-Schutz nur vereinbaren, wenn die Hinterbliebenen-Rente mindestens 25 EUR monatlich beträgt.

10.4 Was sind vergleichbare sofort beginnende Renten zum Rentenbeginn?

10.4.1 Eine sofort beginnende Rentenversicherung ist mit Ihrem Vertrag vergleichbar, wenn sie die nachfolgenden Bedingungen erfüllt:

- Wir bieten sie zum Rentenbeginn an.
- Sie sieht eine lebenslange garantierte Altersrente vor.
- Sie hat ein Überschuss-System, das dem Überschuss-System Dynamikrente (27.1) entspricht.
- Ihre Rentenhöhe ist unabhängig vom Gesundheitszustand, Raucherstatus oder Beruf der \nearrow versicherten Person.
- Sie sieht keine zusätzlichen Leistungen bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit vor.

Zum Zeitpunkt des Beginns Ihres Vertrages verwenden wir bei vergleichbaren sofort beginnenden Renten:

- Einen \nearrow Rechnungszins von 0,9 Prozent.
- Unternehmenseigene \nearrow Sterbetafeln. Diese basieren auf den \nearrow Sterbetafeln DAV 2004 R Aggregat.

10.4.2 Welche \nearrow Rechnungsgrundlagen verwenden wir, wenn wir keine vergleichbaren sofort beginnenden Renten zum Rentenbeginn anbieten?

Wir können anstelle einer sofort beginnenden Rente (10.4.1) die \nearrow Rechnungsgrundlagen einer \nearrow aufgeschobenen Rentenversicherung verwenden, wenn

- diese die Bedingungen nach 10.4.1 erfüllt,
- optional eine Kapitalabfindung vorsieht und
- wir den gleichen Rentenbeginn wie bei Ihrem Vertrag zugrunde legen.

Wenn wir auch keine vergleichbare \nearrow aufgeschobene Rentenversicherung anbieten, ermitteln wir den \nearrow Rechnungszins und die \nearrow Sterbetafel nach anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik. Ein unabhängiger \nearrow Treuhänder muss bestätigen, dass diese \nearrow Rechnungsgrundlagen angemessen sind.

11 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben?

11.1 Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die \nearrow versicherte Person berufsunfähig wird?

Wenn die \nearrow versicherte Person während der \nearrow Versicherungsdauer für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit berufsunfähig (11.3) wird, erbringen wir folgende Leistungen: Wir übernehmen für Sie die Beiträge zu diesem Vertrag.

11.2 Wie lange erbringen wir die Leistungen?

Wenn die \nearrow versicherte Person berufsunfähig geworden ist, erbringen wir unsere Leistung erstmals zu folgendem Zeitpunkt: Zum Anfang des nächsten Zahlungsabschnitts, nachdem die \nearrow versicherte Person berufsunfähig geworden ist.

Sie können eine Leistung aus diesem Vertrag jederzeit beantragen. Es gibt keine Frist, bis zu der Sie den \nearrow Versicherungsfall melden müssen. Wenn Sie die Berufsunfähigkeit jedoch so spät melden, dass Sie diese für die Vergangenheit nicht mehr nachweisen können, gilt: Wir zahlen dann eine

rückwirkende Leistung für den Zeitraum, für den Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen. Beachten Sie dazu 12.3.

Unsere Leistungen enden, wenn

- die \nearrow versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist,
- die \nearrow versicherte Person stirbt,
- Sie die Altersrente vorziehen (7.1.2) oder
- wenn die \nearrow Leistungsdauer für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit endet.

Wenn die \nearrow versicherte Person während der \nearrow Versicherungsdauer für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit erneut berufsunfähig wird, leisten wir erneut.

Wenn die \nearrow versicherte Person nach Ablauf der \nearrow Versicherungsdauer für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit erneut berufsunfähig wird, leisten wir unter folgenden Bedingungen:

- Die erneute Berufsunfähigkeit muss ihren Ursprung in einer zuvor von uns anerkannten Berufsunfähigkeit haben und
- das Ende der \nearrow Leistungsdauer für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit darf noch nicht erreicht sein.

11.3 Wann ist die \nearrow versicherte Person berufsunfähig?

11.3.1 Was ist Berufsunfähigkeit nach diesen Bedingungen?

Die \nearrow versicherte Person ist berufsunfähig, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- a. Die \nearrow versicherte Person
 - kann ihren Beruf für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen
 - zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben

oder

 - sie konnte ihren Beruf sechs Monate ununterbrochen
 - zu mindestens 50 Prozent nicht ausüben und
 - dieser Zustand dauert an. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.
- b. Die Ursache für a. ist
 - eine Krankheit,
 - eine Verletzung des Körpers oder
 - ein Verfall der Kräfte.
- c. Maßgeblich für a. sind
 - der zuletzt ausgeübte Beruf und
 - die bisherige Lebensstellung (11.3.2), wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren.
- d. Die \nearrow versicherte Person übt keine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die sie aufgrund ihrer \nearrow Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Das bedeutet, dass wir eine Leistung nicht ablehnen, weil die \nearrow versicherte Person

- zwar eine andere zumutbare Tätigkeit ausüben könnte,
- diese aber tatsächlich nicht ausübt.

- e. Wenn die \nearrow versicherte Person selbstständig oder freiberuflich arbeitet, gilt außerdem: Sie könnte auch dann nicht

weiter tätig sein, wenn ihr Arbeitsplatz umorganisiert würde. Die Umorganisation des Arbeitsplatzes muss zumutbar und wirtschaftlich angemessen sein. Eine Umorganisation des Arbeitsplatzes ist wirtschaftlich angemessen, wenn diese

- von Ihnen oder von der ⤵ versicherten Person vorgenommen werden kann, indem das Direktions- und Weisungsrecht ausgeübt wird,
- keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und
- unternehmerisch zweckmäßig ist.

Wir verzichten auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn die ⤵ versicherte Person

- eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und
- mindestens 90 Prozent der täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

- f. Zumutbarkeit nach d. und e. liegt vor, wenn
- die ⤵ versicherte Person so gesund ist, dass sie zu mehr als 50 Prozent die entsprechende berufliche Tätigkeit ausüben kann und
 - die entsprechende berufliche Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung (11.3.2) entspricht.

Wenn Sie oder die ⤵ versicherte Person uns einen ⤵ Versicherungsfall melden, prüfen wir, ob die genannten Voraussetzungen vorliegen.

11.3.2 Wie definieren wir den Begriff der bisherigen Lebensstellung?

Wir verstehen unter dem Begriff der bisherigen Lebensstellung

- das bisher erzielte Einkommen,
- das soziale Ansehen und
- die Wertschätzung der bislang ausgeübten maßgeblichen beruflichen Tätigkeit.

Folgendes ist zumutbar: Wenn sich das Einkommen im Vergleich zum maßgeblichen Beruf, der vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt wurde, in Grenzen vermindert. Welche Verminderung des Brutto-Einkommens zumutbar ist, beurteilen wir wie folgt: Danach, wie sich der Einzelfall darstellt und wie die Ober- und Bundesgerichte in vergleichbaren Fällen entschieden haben.

Wir erkennen als unzumutbar an, wenn sich das Brutto-Einkommen um mehr als 20 Prozent vermindert.

11.3.3 Welcher Beruf und welche Lebensstellung sind nach einem Ausscheiden maßgeblich?

Wenn die ⤵ versicherte Person vorübergehend oder dauerhaft aus dem Berufsleben ausscheidet und berufsunfähig wird, gilt:

- Maßgeblich für die Berufsunfähigkeit sind der ausgeübte Beruf und die Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens.
- Die ⤵ versicherte Person ist in folgendem Fall nicht berufsunfähig: Sie übt eine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die ihrer ⤵ Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht.

11.3.4 Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit, weil die ⤵ versicherte Person nicht alle Verrichtungen des täglichen Lebens ausüben kann?

Die ⤵ versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn sie

- für mindestens eine der täglichen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen
- täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt.

Wenn wir den Umfang der Hilfebedürftigkeit bewerten, prüfen wir die nachfolgend genannten Umstände.

Die ⤵ versicherte Person benötigt täglich die Hilfe einer anderen Person dabei:

a. Sich in einem Zimmer zu bewegen

Die ⤵ versicherte Person kann sich an ihrem üblichen Aufenthaltsort nicht ohne fremde Hilfe von Zimmer zu Zimmer auf ebener Oberfläche bewegen. Die ⤵ versicherte Person benötigt die Hilfe eines anderen auch dann, wenn sie eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl benutzt.

b. Aufstehen und Zubettgehen

Die ⤵ versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.

c. Sich an- und auszukleiden

Die ⤵ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe an- und auskleiden. Die ⤵ versicherte Person benötigt die Hilfe auch dann, wenn sie krankengerechte Kleidung verwendet.

d. Mahlzeiten und Getränke einzunehmen

Die ⤵ versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe essen und trinken. Die ⤵ versicherte Person kann dies auch dann nicht, wenn die Mahlzeiten für sie essfertig vorbereitet und die Getränke bereitgestellt werden. Die ⤵ versicherte Person kann auch dann nicht essen und trinken, wenn sie krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße benutzt.

e. Sich zu waschen

Die ⤵ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe so waschen, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene erreicht wird. Die ⤵ versicherte Person kann dies auch dann nicht, wenn sie Hilfsmittel wie Wannengriffe oder einen Wannenlift nutzt. Es liegt kein Hilfebedarf nach e. vor, wenn die ⤵ versicherte Person lediglich außerstunde ist, in das Badezimmer zu gelangen.

f. Auf Toilette zu gehen

Die ⤵ versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe auf Toilette gehen, weil

- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- sie eine Bettschüssel benötigt,
- sie den Darm oder die Blase nicht eigenständig entleeren kann oder
- sie wegen einer Darm- oder Blaseninkontinenz mindestens eines der folgenden Hilfsmittel verwenden muss:
 - Windeln,
 - spezielle Einlagen,
 - einen Katheter oder
 - einen Kolostomiebeutel.

Die ⤵ versicherte Person kann diese Hilfsmittel nicht eigenständig anlegen, wechseln oder leeren.

Dieser Zustand muss

- voraussichtlich für mindestens sechs Monate andauern oder

- mindestens sechs Monate bestanden haben und noch andauern. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.

Die Ursache für den Zustand ist

- eine Krankheit,
- eine Verletzung des Körpers,
- ein Verfall der Kräfte oder
- eine Behinderung.

11.3.5 Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit, weil die \mathcal{A} versicherte Person demenz ist?

Eine Demenz ist eine kognitive Störung, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht ist. Beispiele für Erkrankungen: Alzheimerkrankheit und Multiinfarktdemenz. Die Demenz zeichnet sich dadurch aus, dass die \mathcal{A} versicherte Person geistige Fähigkeiten verliert. Dies wirkt sich aus auf das

- Denk-,
- Erkennungs-,
- Erinnerungs- und
- Orientierungsvermögen.

Die \mathcal{A} versicherte Person ist infolge Demenz berufsunfähig, wenn sie in mindestens erheblichem Maße

- täglich beaufsichtigt werden muss,
- zu den in Ziffer 11.3.4 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens angeleitet werden muss oder
- ständig beaufsichtigt werden muss, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Dieser Zustand muss durch die Störung der Hirnleistung herbeigeführt worden sein.

Ein Facharzt für Nervensysteme (Neurologe) muss feststellen, dass eine Demenz vorliegt. Dazu muss der Arzt einen ausführlichen Befund erheben. Dabei muss der Arzt die \mathcal{A} versicherte Person körperlich und psychopathologisch untersuchen. Der Arzt muss den Schweregrad der Demenz feststellen, indem er psychometrische Tests durchführt. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nur vor, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ vorliegt. Der Arzt muss den Schweregrad über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermitteln. Alternativ kann ein entsprechender Schweregrad einer anderen anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nicht vor bei leichten oder mäßigen Störungen der Hirnleistung. Wir können verlangen, dass sich die \mathcal{A} versicherte Person erneut untersuchen lassen muss. Dies ist erforderlich, damit die Diagnose zutreffend bestätigt werden kann.

Die Demenz muss

- voraussichtlich für mindestens sechs Monate andauern oder
- mindestens sechs Monate bestanden haben und noch andauern. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.

Die Ursache dafür ist

- eine Krankheit,
- eine Verletzung des Körpers,
- ein Verfall der Kräfte oder
- eine Behinderung.

11.3.6 Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit aufgrund einer Erwerbsminderung in der Sozialversicherung?

Die \mathcal{A} versicherte Person ist auch in folgendem Fall berufsunfähig:

- Die \mathcal{A} versicherte Person erhält eine unbefristete Rente aus der Sozialversicherung wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen. Dabei legen wir §43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 17.07.2015 zugrunde. Wenn sich das Sozialgesetzbuch VI ändert, ändert sich nicht die Definition der Berufsunfähigkeit aufgrund einer Erwerbsminderung nach dieser Ziffer.
- Bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung
 - hat die \mathcal{A} versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet und
 - dieser Vertrag besteht seit mindestens zehn Jahren.

11.3.7 Was verstehen wir außerdem unter Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach dem Infektionsschutzgesetz?

Die \mathcal{A} versicherte Person ist auch in folgendem Fall berufsunfähig:

- Die \mathcal{A} versicherte Person hat ihre Tätigkeit zu mindestens 50 Prozent ausgeübt, als sie noch gesund war.
- Die \mathcal{A} versicherte Person darf ihre Tätigkeit aus folgendem Grund nicht mehr ausüben: Die zuständige Behörde hat ein vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausgesprochen.
- Das Tätigkeitsverbot muss sich mindestens über sechs Monate erstrecken.
- Die \mathcal{A} versicherte Person übt keine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die sie aufgrund ihrer \mathcal{A} Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

Wenn die zuständige Behörde das Tätigkeitsverbot aufhebt, ist die \mathcal{A} versicherte Person nicht mehr berufsunfähig nach 11.3.7.

11.3.8 Welche Besonderheiten gelten für Auszubildende?

Solange die \mathcal{A} versicherte Person Auszubildender ist, legen wir diese Tätigkeit als Beruf (siehe 11.3.1) zugrunde. Die \mathcal{A} versicherte Person kann ihre \mathcal{A} Ausbildung nicht fortsetzen, weil sie berufsunfähig ist.

Als \mathcal{A} Ausbildung gilt eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf.

11.4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Wir leisten nicht, wenn die \mathcal{A} versicherte Person berufsunfähig geworden ist:

- Durch Unruhen,
 - die aus der Bevölkerung heraus entstanden sind (innere Unruhen), und
 - an denen die \mathcal{A} versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- Weil sie außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war.
- Durch unmittelbare oder mittelbare Folgen eines terroristischen Anschlags unter folgenden Bedingungen:

Der Anschlag

 - erfolgt, indem \mathcal{A} vorsätzlich atomare, biologische oder chemische Stoffe eingesetzt oder freigesetzt werden,
 - ist darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und
 - führt dazu, dass wir mehr Leistungen auszahlen müssen als wir angenommen haben. Diese Mehrleistungen dürfen für uns nicht vorhersehbar gewesen sein. We-

- gen der Mehrleistungen können wir nicht mehr sicherstellen, dass wir alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger \nearrow Treuhänder muss bestätigen, dass die zuvor genannten Bedingungen erfüllt sind.
- d. Durch Strahlen infolge von Kernenergie. Diese Strahlen gefährden oder schädigen das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen. Die Strahlen kann man nur abwehren oder bekämpfen durch den Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder einer vergleichbaren Einrichtung.
- e. Weil Sie oder der \nearrow Begünstigte \nearrow widerrechtlich gehandelt und dadurch \nearrow vorsätzlich den \nearrow Versicherungsfall herbeigeführt haben.
- f. Weil die \nearrow versicherte Person \nearrow vorsätzlich eine Straftat begangen hat oder dieses versucht hat. Kein Ausschluss liegt vor, wenn die \nearrow versicherte Person die Straftat \nearrow grob fahrlässig oder \nearrow fahrlässig begeht, zum Beispiel im Straßenverkehr.
- g. Weil die \nearrow versicherte Person die Krankheit oder den Verfall der Kräfte absichtlich herbeigeführt hat. Oder weil sie sich absichtlich selbst verletzt hat oder versucht hat, sich zu töten. Wir werden jedoch in folgendem Fall leisten: Die \nearrow versicherte Person befindet sich zum Zeitpunkt der Handlung in einem Zustand, in dem ihre Geistestätigkeit krankhaft gestört ist. Dies gilt dann, wenn die \nearrow versicherte Person aufgrund dieser Störung nicht in der Lage ist, sich einen freien Willen zu bilden. Dies müssen Sie uns nachweisen.

C Auszahlung der Leistungen

12 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung aus dem Vertrag erhalten möchten?

Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung beantragen möchten, müssen Sie uns \nearrow unverzüglich Unterlagen einreichen. Welche Unterlagen das sind, hängt von den Leistungen ab, die Sie beantragen:

- Die Altersrente (12.1),
- eine Todesfall-Leistung, wenn die \nearrow versicherte Person verstorben ist (12.2) oder
- die Übernahme der Beiträge, wenn die \nearrow versicherte Person berufs unfähig geworden ist (12.3).

Die Kosten für diese Unterlagen muss derjenige tragen, der die Leistungen beantragt.

12.1 Welche Unterlagen müssen Sie einreichen, wenn Sie die Altersrente beantragen?

Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn Sie die Altersrente beantragen:

- \nearrow Versicherungsschein und
- amtliche Geburtsurkunde.

12.2 Welche Unterlagen müssen Sie einreichen, wenn die \nearrow versicherte Person verstorben ist?

Wenn Sie eine Todesfall-Leistung vereinbart haben, benötigen wir folgende Unterlagen:

- \nearrow Versicherungsschein,
- amtliche Sterbeurkunde, aus der Alter und Geburtsort der \nearrow versicherten Person hervorgehen,
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache und
- ein ausführliches ärztliches Zeugnis über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod geführt hat.

Wenn wir eine Hinterbliebenen-Rente zahlen, benötigen wir außerdem

- einen Nachweis, dass der \nearrow Begünstigte ein Hinterbliebener nach 10.1 ist,
- eine amtliche Geburtsurkunde des Hinterbliebenen und
- einen Nachweis, dass der Hinterbliebene lebt.

12.3 Welche Unterlagen müssen Sie einreichen, wenn die \nearrow versicherte Person berufs unfähig geworden ist?

12.3.1 Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die \nearrow versicherte Person berufs unfähig geworden ist:

- Eine Darstellung, warum die \nearrow versicherte Person berufs unfähig geworden ist.
- Ausführliche Berichte der Ärzte, die die \nearrow versicherte Person gegenwärtig behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:
 - Die Ursache des Leidens,
 - den Beginn des Leidens,
 - die Art des Leidens,
 - den Verlauf des Leidens,
 - die voraussichtliche Dauer des Leidens und
 - die Auswirkungen des Leidens auf die Berufsunfähigkeit.
- Unterlagen über den Beruf der \nearrow versicherten Person.
- Unterlagen über die Stellung und Tätigkeit der \nearrow versicherten Person vor Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben.
- Unterlagen über die eingetretenen Veränderungen durch die Berufsunfähigkeit.
- Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der \nearrow versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (zum Beispiel: Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen).
- Für den Fall, dass die \nearrow versicherte Person berufs unfähig nach 11.3.4 ist:
 - Eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die der \nearrow versicherten Person hilft, über Art und Umfang der Hilfe.
 - Außerdem müssen in den ärztlichen Berichten Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit aufgeführt werden.
- Für den Fall, dass die \nearrow versicherte Person berufs unfähig nach 11.3.6 ist:
 - Einen unbefristeten Rentenbescheid des Sozialversicherungsträgers über die volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen.
- Für den Fall, dass die \nearrow versicherte Person berufs unfähig nach 11.3.7 ist:
 - Einen amtlichen Nachweis über das Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz.

12.3.2 Welche Auskünfte und Prüfungen können wir außerdem verlangen?

Wir können folgende weiteren Maßnahmen von der \mathcal{A} versicherten Person verlangen:

- Medizinische Auskünfte,
- Auskünfte über den Beruf, die wir auch vom Arbeitgeber oder durch weitere Dritte einholen können,
- zusätzliche ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte,
- weitergehende Auskünfte, zum Beispiel zum Gesundheitszustand, Beruf oder Betrieb,
- Vor-Ort-Prüfungen, dazu besucht Sie eine von uns beauftragte Person zu Hause oder am Arbeitsplatz; und
- notwendige Nachweise. Dazu gehören auch Nachweise
 - über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen und
 - über die Identität der \mathcal{A} versicherten Person, zum Beispiel durch einen Personalausweis oder eine Geburtsurkunde.

Um diese Auskünfte zu erhalten, dürfen wir folgende Personen einsetzen:

- Gutachter,
- Ärzte und
- sachverständige Dienstleister.

Die Kosten für diese Maßnahmen tragen wir.

Wenn sich die \mathcal{A} versicherte Person im Ausland aufhält, können wir Folgendes verlangen: Die \mathcal{A} versicherte Person muss sich in Deutschland untersuchen lassen. In diesem Fall übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten bis zu folgender Höhe:

- Eine Bahnfahrt in der 2. Klasse,
- Flugkosten in der günstigsten Kategorie der Fluggesellschaft einschließlich Gepäck und
- Übernachtungskosten in Höhe von 100 EUR pro Nacht.

Die \mathcal{A} versicherte Person muss folgende Personen oder Einrichtungen ermächtigen, uns Auskünfte zu geben:

- Ärzte,
- Heilbehandler,
- Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen Sie in Behandlung oder in Pflege waren oder sein werden,
- andere Versicherungsunternehmen,
- Pflegekassen und gesetzliche Krankenkassen und
- Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wir werden die genannten Personen oder Einrichtungen nur bei Bedarf um Auskünfte bitten. Zum Beispiel wenn wir überprüfen,

- ob wir Leistungen erbringen oder nicht und
- ob die Angaben richtig sind, die Sie oder die \mathcal{A} versicherte Person vor dem Vertragsschluss gemacht haben.

Wir informieren die \mathcal{A} versicherte Person, bevor wir uns Auskunft bei den genannten Einrichtungen einholen.

Die \mathcal{A} versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass wir sie jedes Mal um Erlaubnis bitten, wenn wir eine Auskunft einholen möchten. Wenn die \mathcal{A} versicherte Person dies verlangt, muss sie aber die dadurch entstehenden Mehrkosten tragen.

Die \mathcal{A} versicherte Person kann uns auch untersagen, eine Auskunft einzuholen. Um zu überprüfen, ob die \mathcal{A} versicherte Person berufsunfähig ist, benötigen wir aber die genannten Nachweise. Wenn wir aufgrund der Auskunftsverweigerung nicht alle benötigten Nachweise im Original erhalten, gilt: Die \mathcal{A} versicherte Person verletzt ihre Pflicht aus 12.3.1 und 12.3.2. Dies kann zur Folge haben, dass wir gar nicht oder nur teilweise leisten. Siehe hierzu 15.

12.3.3 Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen?

Die \mathcal{A} versicherte Person muss nicht jede von einem Arzt angeordnete Maßnahme befolgen, damit wir leisten. Sie kann zum Beispiel eine Operation ablehnen.

Die \mathcal{A} versicherte Person muss Anordnungen des behandelnden oder untersuchenden Arztes befolgen, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Anordnung muss darauf ausgerichtet sein, die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern und
 - die Anordnung muss zumutbar sein. Zumutbar sind Hilfsmittel und Heilbehandlungen,
 - die ohne Gefahr sind,
 - keine besonderen Schmerzen verursachen und
 - sicher erwarten lassen, dass sich der Gesundheitszustand verbessert.
- Zumutbar sind zum Beispiel folgende Maßnahmen:
- Diäten,
 - Krankengymnastik und Massagen,
 - orthopädische oder andere Heil- und Hilfsmittel wie: Prothesen, Stützstrümpfe, Seh- oder Hörhilfen und
 - logopädische Maßnahmen.

Was geschieht, wenn die \mathcal{A} versicherte Person Maßnahmen ablehnt, die darüber hinaus ärztlich angeordnet sind? In diesem Fall werden wir dennoch leisten.

12.3.4 Wie unterstützen wir Sie, bevor oder während Sie eine Leistung beantragen?

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Vertrag haben oder eine Beratung wünschen, helfen wir Ihnen gern. Wir informieren Sie außerdem gern über

- den Umfang Ihres Versicherungsschutzes,
- die eingeschlossenen Zusatzleistungen,
- vorbeugende Maßnahmen für die Gesundheit der \mathcal{A} versicherten Person und
- geeignete Fachärzte, Fachkliniken, Therapeuten und Reha-Zentren.

Wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, unterstützen wir Sie telefonisch oder persönlich

- wie Sie eine Leistung beantragen,
- welche Unterlagen Sie uns einreichen müssen und
- wie Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen können.

Außerdem informieren wir Sie detailliert, wie wir die Leistung prüfen und wann wir über die Leistung entscheiden.

13 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten? Wie zahlen wir aus?

13.1 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten?

Wir teilen Ihnen innerhalb von fünf Arbeitstagen mit, ob wir eine Leistung erbringen oder welche weiteren Unterlagen wir benötigen. Die Frist beginnt, nachdem uns alle in 12 genannten Nachweise vollständig vorliegen. Wenn noch nicht alle

Nachweise vorliegen, gilt: Wir informieren Sie regelmäßig alle vier Wochen über den Stand der Bearbeitung.

13.2 Was gilt für Ihre Beiträge in der Zeit, in der wir den Anspruch auf Leistung aus der Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit prüfen?

13.2.1 Sie müssen die Beiträge solange weiterzahlen, bis wir darüber entschieden haben, ob wir eine Leistung erbringen. Wenn wir eine Leistung erbringen, zahlen wir Ihnen die zu viel gezahlten Beiträge zurück. Was sind zu viel gezahlte Beiträge? Das sind die Beiträge, die Sie zwischen den beiden folgenden Zeitpunkten gezahlt haben:

- Zeitpunkt, ab dem wir die Leistung anerkennen und
- Zeitpunkt, an dem wir über die Leistung entscheiden.

13.2.2 Auf Wunsch brauchen Sie solange keine Beiträge zahlen, bis wir über die Leistung entschieden haben. Dies nennen wir „Beiträge stunden“. Was geschieht mit den gestundeten Beiträgen?

- Wenn wir entscheiden, dass wir keine Leistungen erbringen: Dann müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag oder in Raten nachzahlen. Diese Raten teilen wir in gleichen Beträgen auf einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten auf. Wir berechnen weder für die gestundeten Beiträge noch für die Ratenzahlung Zinsen.
- Wenn wir entscheiden, dass wir Leistungen erbringen: Dann müssen Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen.

Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung gilt: Wir stunden die Beiträge zinslos bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung. Insgesamt stunden wir die Beiträge längstens für fünf Jahre.

13.3 Wie lange übernehmen wir die Beiträge, weil die versicherte Person berufsunfähig geworden ist?

Wenn Sie die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben und wir eine Leistung anerkennen, befristen wir diese nicht.

13.4 Wie zahlen wir die Leistung aus?

Wir überweisen die Leistung an den versicherten Begünstigten. Wenn wir die Leistung in ein Land außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes überweisen sollen, gilt: Dann trägt der Empfangsberechtigte die mit der Überweisung verbundenen Kosten und Gefahr. Die Gefahr liegt vor allem darin, dass das Geld nicht oder nicht vollständig beim Empfänger ankommt.

13.5 An wen zahlen wir die Leistung?

Leistungen aus diesem Vertrag zahlen wir an den versicherten Begünstigten. Sie können einen versicherten Begünstigten auf zwei Wegen benennen:

- Widerruflich: Sie können jederzeit in versicherter Textform eine andere Person als begünstigt benennen. Diese Berechtigung können Sie jederzeit widerrufen, solange der versicherte Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist.
- Unwiderruflich: Sie können jederzeit in versicherter Textform eine andere Person sofort und unwiderruflich als begünstigt benennen. Sobald wir diese versicherte Erklärung erhalten haben, können Sie dieses Bezugsrecht nur noch unter folgenden Bedingungen aufheben:

- Wenn Sie uns dies in versicherter Textform mitteilen und
- der von Ihnen benannte versicherte Begünstigte zustimmt.

Solange dieser Vertrag eine Direktversicherung nach dem Betriebsrentengesetz ist, gilt: Für die Altersrente (7) aus diesem Vertrag ist die versicherte Person begünstigt. Eine Hinterbliebenen-Leistung (10) erbringen wir an einen versicherten Begünstigten nach 10.1.

Soweit die Beiträge zu diesem Vertrag

- durch eine versicherte Entgeltumwandlung der versicherten Person finanziert werden und
 - uns dies in versicherter Textform mitgeteilt wurde,
- ist die versicherte Person mit Beginn der versicherten Entgeltumwandlung für den Erlebensfall unwiderruflich begünstigt.

Soweit die Beiträge nicht durch eine versicherte Entgeltumwandlung finanziert werden und die versicherte Person zunächst unwiderruflich begünstigt ist, gilt: Die versicherte Person wird automatisch unwiderruflich begünstigt, sobald die Voraussetzungen für die gesetzliche Unverfallbarkeit erfüllt sind. Dies ist derzeit der Fall, wenn

- die versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet hat und
- die Versorgungszusage seit mindestens fünf Jahren besteht.

13.6 Welche Bedeutung hat der versicherte Versicherungsschein?

Wir können die Leistung an jeden auszahlen, der uns den versicherten Versicherungsschein vorlegt. Der Inhaber des versicherten Versicherungsscheins kann uns gegenüber auch alle anderen Rechte aus dem Vertrag geltend machen. Er gilt auch als bevollmächtigt, unsere versicherte Erklärungen zu empfangen. Wir müssen also nicht prüfen, ob der Inhaber des versicherten Versicherungsscheins dazu berechtigt ist. Wir dürfen aber verlangen, dass der Inhaber des versicherten Versicherungsscheins uns seine Berechtigung nachweist. Dabei gibt es folgende Besonderheit: Sie haben einen versicherten Begünstigten eingesetzt oder seine Bezugsberechtigung widerrufen. In diesen Fällen müssen wir den Inhaber des versicherten Versicherungsscheins nur dann als berechtigt anerkennen, wenn Sie uns die Berechtigung in versicherter Textform angezeigt haben.

14 Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen erbringen?

14.1 Was müssen Sie beachten, wenn wir eine Altersrente zahlen?

Wenn wir eine Altersrente zahlen, dürfen wir einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Dieser Nachweis muss ein amtliches Zeugnis sein.

Zu Unrecht gezahlte Leistungen dürfen wir zurückverlangen.

14.2 Was müssen Sie beachten, wenn wir eine Hinterbliebenen-Rente zahlen?

Wenn wir eine Hinterbliebenen-Rente nach 10.3.1 oder 10.3.2 zahlen, dürfen wir einen Nachweis verlangen, dass der Hinterbliebene oder die versicherte mitversicherte Person noch lebt. Dieser Nachweis muss ein amtliches Zeugnis sein.

Sie müssen uns versichert unverzüglich mitteilen, wenn der Hinterbliebene stirbt.

Zu Unrecht gezahlte Leistungen dürfen wir zurückverlangen.

14.3 Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen aus der Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit erbringen?

Sie, die ∇ versicherte Person oder der ∇ Begünstigte müssen uns ∇ unverzüglich mitteilen, wenn

- die ∇ versicherte Person stirbt,
- sich ihr Zustand verbessert, der die Berufsunfähigkeit begründet hat,
- sie die berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt oder
- sie die berufliche Tätigkeit ändert.

Wir dürfen prüfen, ob die ∇ versicherte Person weiter berufsunfähig ist. Es gelten die Regelungen zu 11. Um die Prüfung vorzunehmen, dürfen wir verlangen, dass die ∇ versicherte Person

- uns jederzeit Auskünfte und Unterlagen zu folgenden Punkten gibt:
 - Zu ihrem Gesundheitszustand,
 - zu eingetretenen Verbesserungen,
 - zu neu erworbenen Fähigkeiten (zum Beispiel durch eine Umschulung oder ∇ Ausbildung; es gelten die Regelungen zu 12.3.2 und 12.3.3) oder
 - über Art und Umfang einer ausgeübten beruflichen Tätigkeit (zum Beispiel durch Einkommensnachweise, Arbeitsvertrag, Gewinn- und Verlustrechnungen, betriebswirtschaftliche Auswertungen, Gesellschaftsvertrag).
- sich einmal jährlich umfassend untersuchen lässt. Den Arzt, der die ∇ versicherte Person untersucht, dürfen wir beauftragen. Die Kosten für die ärztliche Untersuchung tragen wir. Hierfür gelten die gleichen Regelungen wie in 12.3.

Wenn die ∇ versicherte Person eine berufliche Tätigkeit aufnimmt, können wir Auskünfte und Unterlagen darüber verlangen. Dazu gehören Art und Umfang der Tätigkeit, Nachweise über das Einkommen und der Arbeitsvertrag.

Außerdem dürfen wir Nachweise verlangen, dass die ∇ versicherte Person noch lebt. Ein Nachweis muss ein amtliches Zeugnis sein.

Wenn die ∇ versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist, leisten wir nicht mehr.

Wenn wir die Leistung einstellen, teilen wir dies Ihnen mit. Darin erläutern wir auch die Gründe für unsere Entscheidung. Ab dem folgenden Zeitpunkt stellen wir unsere Leistung ein: Drei Kalendermonate ab dem nächsten Monatsersten, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben.

Wenn die Leistungen enden, müssen Sie ab diesem Zeitpunkt wieder Beiträge zahlen. Dies gilt nicht, wenn die vereinbarte ∇ Beitragszahlungsdauer bereits abgelaufen ist.

Wenn wir Leistungen erbracht haben, auf die Sie keinen Anspruch haben, müssen Sie uns diese Leistungen erstatten.

15 Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?

Solange Sie, die ∇ versicherte Person oder der ∇ Begünstigte eine Pflicht aus 12 und 14 ∇ vorsätzlich verletzen, müssen wir keine Leistung erbringen.

Wenn Sie, die ∇ versicherte Person oder der ∇ Begünstigte eine dieser Pflichten ∇ grob fahrlässig verletzen, dürfen wir unsere Leistung kürzen. Die Höhe unserer Leistung richtet sich danach, wie stark gegen eine der genannten Pflichten verstoßen wurde. Je stärker der Verstoß gegen die Pflichten ist, desto stärker kürzen wir die Leistungen.

In folgenden Fällen erbringen wir dennoch die Leistung in ungekürzter Höhe:

- Wenn uns eine der in 15 Satz 1 genannten Personen Folgendes nachweist: Diese Person hat nicht ∇ grob fahrlässig gegen eine Pflicht aus 12 und 14 verstoßen.
- Wenn eine der in 15 Satz 1 genannten Personen zwar gegen eine Pflicht aus 12 und 14 verstoßen hat, aber folgende Einschränkung gilt: Der Verstoß hat sich nicht auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ausgewirkt.
- Wenn Sie Ihre genannten Pflichten aus 12 und 14 später erfüllen. Dann erbringen wir die Leistung ab Beginn des Monats, in dem Sie die Pflicht erfüllt haben.
- Wenn wir Sie nicht darauf hingewiesen haben, welche Folge ein Verstoß gegen die aus 12 und 14 genannten Pflichten hat. Wir müssen Sie in einer gesonderten Mitteilung in ∇ Textform auf die Folge hingewiesen haben.

D Beitragszahlung und Kosten

16 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

Die Beiträge müssen Sie selbst zahlen. Sie können Beiträge in folgenden Abständen zahlen:

- Monatlich,
- vierteljährlich,
- halbjährlich,
- jährlich oder
- einmalig bei Beginn des Vertrags.

Außerdem können Sie Zuzahlungen leisten (21).

Wann müssen Sie Ihre Beiträge zahlen?

Sie müssen den ersten oder einmaligen Beitrag zahlen

- sofort nachdem Sie den Vertrag geschlossen haben,
- aber nicht vor dem Versicherungsbeginn. Das Datum des Versicherungsbeginns finden Sie im ∇ Versicherungsschein.

Alle weiteren Beiträge müssen Sie jeweils zum Beginn des gewählten Zahlungsabschnitts (siehe Absatz 1) zahlen. Im Lastschriftverfahren buchen wir Ihre Beiträge jeweils am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können,
- wir berechtigt sind, Ihren Beitrag einzuziehen und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie nicht verantwortlich dafür sind, dass wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag ∇ unverzüglich an uns überweisen.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben und der ∇ Versicherungsfall eingetreten ist, ziehen wir die Beiträge von unseren Leistungen ab.

17 Welche Besonderheiten müssen Sie bei den Beiträgen zur Direktversicherung beachten?

- a. Als Arbeitgeber müssen Sie uns die steuerliche Behandlung der Beiträge zu folgenden Terminen mitteilen:
 - Spätestens zwei Monate nach Ablauf des Kalenderjahres oder
 - innerhalb des Kalenderjahres, wenn das Arbeitsverhältnis mit der ∇ versicherten Person beendet wurde.
- b. Die Beiträge für diesen Vertrag können arbeitgeber- oder arbeitnehmerfinanziert sein. Sie müssen uns mitteilen, ob die Beiträge arbeitgeber-, arbeitnehmer- oder mischfinanziert sind.
- c. Wenn Sie als Arbeitgeber die Beiträge aufgrund einer arbeitsrechtlichen Vereinbarung vorübergehend nicht selbst zahlen, müssen Sie uns darüber informieren. Sie müssen uns umgehend mitteilen,
 - wer die Beiträge zahlt,
 - wie lange diese Person die Beiträge zahlt und
 - warum diese Person die Beiträge zahlt. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, weil die ∇ versicherte Person in der Elternzeit ist.
 Weiterhin müssen Sie uns informieren, sobald Sie als Arbeitgeber wieder die Beiträge zahlen.
- d. Wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (18), informieren wir den Arbeitnehmer hierüber. Dieser kann dann selbst die Beiträge innerhalb von zwei Monaten bezahlen.

18 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
18.1 Was geschieht, wenn Sie Ihren ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
18.1.1 Rücktritt

Wenn Sie Ihren ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, gilt: Wir können vom Vertrag zurücktreten, solange Sie Ihren Beitrag noch nicht gezahlt haben. Wenn wir zurücktreten, müssen Sie uns folgende Kosten erstatten: Alle Kosten für ärztliche Untersuchungen, die uns bei der Risikoprüfung entstanden sind.

In folgendem Fall können wir nicht zurücktreten: Sie sind nicht verantwortlich, dass Sie den Beitrag verspätet bezahlt haben.

18.1.2 Eintritt des ∇ Versicherungsfalls

Was geschieht, wenn Sie Ihren ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und ein ∇ Versicherungsfall eintritt?

In diesem Fall erbringen wir keine Leistung. Dafür müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- a. Wir haben Sie auf diese Folge auffällig im ∇ Versicherungsschein aufmerksam gemacht oder
- b. wir haben Sie durch eine gesonderte Mitteilung auf diese Folge hingewiesen.

In folgendem Fall müssen wir trotzdem zahlen: Sie sind nicht verantwortlich, dass Sie den Beitrag verspätet bezahlt haben.

18.2 Was geschieht, wenn Sie einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
18.2.1 Kündigung

In diesem Fall gilt Folgendes:

- a. Wir schicken Ihnen eine Mahnung. Die Kosten dafür tragen Sie. Außerdem erheben wir eine Gebühr (22.5).
- b. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen.
- c. Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:
 - Der Versicherungsschutz vermindert sich wie nach einem Beitrags-Stopp (19).
 - Außerdem können wir Ihren Vertrag kündigen. Wir können die Kündigung schon in dem Mahnschreiben aussprechen.
- d. Auf die Folgen a. bis c. weisen wir Sie in der Mahnung hin.

Unter einer Bedingung können Sie verhindern, dass die Folgen unserer Kündigung in Kraft treten: Sie müssen den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nach der Kündigung an uns zahlen.

Wir informieren den Arbeitnehmer über die nicht rechtzeitige Zahlung der Beiträge und räumen ihm eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Monaten ein.

18.2.2 Eintritt des ∇ Versicherungsfalls

Was geschieht, wenn Sie Ihren folgenden Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und ein ∇ Versicherungsfall eintritt? In diesem Fall zahlen wir keine oder nur verminderte Leistungen aus, wenn die Frist nach 18.2.1 Buchstabe b. abgelaufen ist.

19 Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen möchten?
19.1 Wie beantragen Sie eine Beitrags-Senkung oder einen Beitrags-Stopp?

Sie können zum nächsten Zahlungsabschnitt Ihre Beiträge senken oder stoppen. Dazu müssen Sie uns Ihren Wunsch rechtzeitig mitteilen, bevor Sie den nächsten Beitrag zahlen. Ihre Beiträge können Sie frühestens nach einem Jahr senken.

19.2 Wie hoch sind die Mindestbeträge?
19.2.1 Mindestbeträge für Beitrags-Senkung

Sie können Ihre Beiträge nur senken, wenn nach der Beitrags-Senkung

- der jährliche Beitragsaufwand mindestens 240 EUR und
- die monatliche Altersrente mindestens 25 EUR betragen.

19.2.2 Mindestbetrag für Beitrags-Stopp

Nach einem Beitrags-Stopp muss die monatliche Altersrente mindestens 25 EUR betragen.

19.3 Welche Gebühren und Abzüge nehmen wir, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen?
19.3.1 Wie hoch sind die Gebühr und der Abzug bei einer Beitrags-Senkung?

Wenn Sie die Beiträge senken, berechnen wir einen Abzug wie bei einem Beitrags-Stopp (19.3.2) anteilig für die wegfallende Altersrente.

Außerdem erheben wir eine Gebühr (22.5). Die Höhe der Gebühr entnehmen Sie bitte unserer Gebühren-Tabelle. Diese finden Sie bei Ihren Versicherungsunterlagen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Gebühren-Tabelle gern zu.

Wenn Sie die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit (11) vereinbart haben, nehmen wir folgenden zusätzlichen Abzug: Wir berechnen einen Abzug anteilig für die wegfallende Berufsunfähigkeits-Leistung. Der Abzug beträgt 50 Prozent des auf die wegfallende Berufsunfähigkeits-Leistung entfallenden \nearrow Deckungskapitals.

19.3.2 Wie hoch ist der Abzug bei einem Beitrags-Stopp?

Wenn Sie die Beiträge stoppen, nehmen wir vor dem frühesten Rentenbeginn (7.1.2) folgenden Abzug: Einen Prozentsatz der fällig gewordenen Beiträge, multipliziert

- mit der verbleibenden Dauer bis zum geplanten Rentenbeginn (in Jahren),
- höchstens mit der verbleibenden Dauer bis zum Ende des 20. \nearrow Versicherungsjahrs.

Der Abzug beträgt mindestens 50 EUR.

Der Prozentsatz hängt von der Dauer bis zum geplanten Rentenbeginn ab und beträgt

- bei Dauern bis 20 Jahre 0,2 Prozent und
- bei Dauern von mehr als 20 Jahren 0,2 Prozent zuzüglich 0,02 Prozentpunkte für jedes weitere Jahr. Der Prozentsatz beträgt höchstens 0,4 Prozent für Dauern ab 30 Jahren.

Bei den fällig gewordenen Beiträgen berücksichtigen wir die Beiträge für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit (11) nicht.

Wenn Sie die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit (11) vereinbart haben, nehmen wir folgenden zusätzlichen Abzug: 50 Prozent des zu diesem Zeitpunkt vorhandenen \nearrow Deckungskapitals aus der Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit.

Die genaue Höhe des Abzugs finden Sie in der vertragsindividuellen Vertragsinformation.

Sobald Ihr Vertrag den frühesten Rentenbeginn erreicht hat, nehmen wir keinen Abzug.

In folgenden Fall nehmen wir keinen Abzug: Sie beantragen einen Beitrags-Stopp, weil das Arbeits- oder Dienstverhältnis endet.

Weitere Gebühren erheben wir nicht.

19.3.3 Wann ist ein Abzug zulässig?

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies müssen wir nachweisen, wenn Sie an der Angemessenheit zweifeln. Wir haben den Abzug mit pauschalen Annahmen berechnet. Diese halten wir aus folgenden Gründen für angemessen:

- a. Zusätzliche Verwaltungskosten
Ein Beitrags-Stopp und eine Beitrags-Senkung verursachen zusätzliche Verwaltungskosten. Diese sind in den \nearrow Rechnungsgrundlagen nicht berücksichtigt.
- b. Schutz der Risikogemeinschaft
Eine Versicherung ist eine Risikogemeinschaft. Personen mit einem geringen Risiko beantragen eher einen

Beitrags-Stopp oder eine Beitrags-Senkung als Personen mit einem hohen Risiko. Dadurch schwächen sie die Risikogemeinschaft. Mit dem Abzug stellen wir sicher, dass der Risikogemeinschaft durch den Beitrags-Stopp oder die Beitrags-Senkung kein Nachteil entsteht.

- c. Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital
Wir bieten Ihnen einen garantierten Versicherungsschutz und verschiedene Optionen. Damit wir diese Versprechen dauerhaft erfüllen können, benötigen wir Risikokapital (Solvenzmittel). Ein Teil davon wird durch die Beiträge der \nearrow Versicherungsnehmer aufgebaut. Bei einem Beitrags-Stopp oder einer Beitrags-Senkung entziehen Sie der Risikogemeinschaft eingeplante Solvenzmittel. Der Abzug gleicht diesen Ausfall aus.

Unabhängig davon haben Sie folgendes Recht: Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen muss, setzen wir ihn herab. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

19.4 Welche Auswirkungen auf die Leistungen gibt es?

19.4.1 Welche Auswirkungen gibt es?

Wenn Sie die Beiträge senken oder stoppen, reduzieren wir die Altersrente und Kapitalabfindung. Diese berechnen wir neu mit den \nearrow Rechnungsgrundlagen nach 23.

Wenn Sie Ihre Beiträge stoppen, beachten Sie Folgendes:

- Sie können die Leistungen nach 20 nicht mehr erhöhen und
- eine Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit (11) endet.

19.4.2 Wie wirken sich die Kosten auf den \nearrow Rückkaufswert aus?

Wenn Sie die Beiträge zu Ihrem Vertrag senken oder stoppen, kann das für Sie Nachteile haben. In den ersten Jahren Ihres Vertrages ist der \nearrow Rückkaufswert geringer als die Summe der eingezahlten Beiträge. Das liegt an den eingerechneten einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie den übrigen Kosten (22.4). Auch in den folgenden Jahren erreicht der \nearrow Rückkaufswert nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.

Wenn Sie regelmäßige Beiträge zahlen, gilt: Wenn wir das \nearrow Deckungskapital berechnen, verteilen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die ersten fünf Jahre des Vertrags, höchstens auf die vereinbarte \nearrow Beitragszahlungsdauer. Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 Prozent der Summe der vereinbarten \nearrow Tarifbeiträge.

19.5 Wie können Sie den bisherigen Vertrag wiederherstellen?

Sie können Ihren Vertrag nach einer Beitrags-Senkung oder einem Beitrags-Stopp wiederherstellen. Dazu können Sie zwischen zwei Möglichkeiten wählen:

- Die Leistungen sollen wieder genauso hoch versichert sein, wie sie vor der Beitrags-Senkung oder dem Beitrags-Stopp vereinbart waren. In diesem Fall ist der Beitrag höher als zu dem Zeitpunkt, als Sie die Beiträge gesenkt oder gestoppt haben. Oder:
- Die Beiträge sollen wieder genauso hoch sein, wie sie vor der Beitrags-Senkung oder dem Beitrags-Stopp verein-

bart waren. In diesem Fall sind die Leistungen geringer als zu dem Zeitpunkt, als Sie die Beiträge gesenkt oder gestoppt haben.

In beiden Fällen berechnen wir die Leistungen oder Beiträge neu auf der Grundlage, die wir in 23 beschrieben haben.

Wenn Sie eine Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit eingeschlossen haben, gilt: Wenn wir den Vertrag innerhalb von sechs Monaten wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der 7 versicherten Person nicht erneut. Wenn Sie den Vertrag später als sechs Monate wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der 7 versicherten Person. Hat sich die Gesundheit für uns bedeutsam verschlechtert, stellen wir die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit gar nicht wieder her oder zu schlechteren Bedingungen.

Wir stellen den Vertrag nicht wieder her, wenn

- ein 7 Versicherungsfall eingetreten ist,
- die restliche 7 Beitragszahlungsdauer weniger als ein Jahr beträgt,
- der Vertrag erloschen ist oder
- wir den Vertrag nach 4.3.1 gekündigt haben.

19.6 Welche Möglichkeit bietet der befristete Beitrags-Stopp (Beitragspause)?

Sie können zu folgenden Anlässen einen befristeten Beitrags-Stopp einlegen:

- Die 7 versicherte Person geht in Elternzeit,
- die 7 versicherte Person wird arbeitslos,
- die 7 versicherte Person ist länger als sechs Wochen arbeitsunfähig oder
- die 7 versicherte Person ist ohne Entgelt beschäftigt.

In dieser Zeit zahlen Sie für bis zu drei Jahre keine Beiträge mehr. Während einer Elternzeit können Sie solange einen befristeten Beitrags-Stopp einlegen, wie die Elternzeit andauert.

Wenn Sie die Beiträge befristet stoppen, gilt Folgendes:

- Wir reduzieren die Altersrente. Die Altersrente berechnen wir neu mit den 7 Rechnungsgrundlagen nach 23.
- Der Todesfall-Schutz nach 10.2 bleibt während des befristeten Beitrags-Stopps erhalten.
- Aus einer Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit (11) haben Sie während des befristeten Beitrags-Stopps keinen Versicherungsschutz.
- Sie können die Leistungen während des befristeten Beitrags-Stopps nicht nach 20 erhöhen.

Wenn Sie eine Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit eingeschlossen haben, können wir die Gesundheit der 7 versicherten Person prüfen. Prüfen wir die Gesundheit und hat diese sich für uns bedeutsam verschlechtert, gilt: Wir stellen die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit gar nicht wieder her oder zu schlechteren Bedingungen.

Sie zahlen nach dem befristeten Beitrags-Stopp wieder wie bisher Ihre Beiträge. Wir stellen Ihren Vertrag mit dem Beitrag wieder her, wie er vor dem befristeten Beitrags-Stopp war. Die Altersrente berechnen wir neu mit den 7 Rechnungsgrundlagen nach 23.

Ein befristeter Beitrags-Stopp endet vorzeitig, wenn Sie uns in 7 Textform mitteilen, dass Sie die Beiträge vor Ablauf der Frist wieder zahlen.

20 Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?

20.1 Wie funktioniert die automatische Erhöhung?

Sie können vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge automatisch jedes Jahr erhöhen. Die Beiträge erhöhen sich jährlich im selben Verhältnis wie die Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung.

Wir erhöhen Ihren Beitrag mindestens um

- 3 EUR, wenn Sie monatlich zahlen,
- 9 EUR, wenn Sie vierteljährlich zahlen,
- 18 EUR, wenn Sie halbjährlich zahlen oder
- 36 EUR, wenn Sie jährlich zahlen.

In folgenden Fällen begrenzen wir Ihren Beitrag:

- a. Ihr Beitrag beträgt bei Vertragsabschluss höchstens 4 Prozent der zu diesem Zeitpunkt geltenden Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung: Wir erhöhen Ihren Beitrag höchstens auf 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung.
- b. Ihr Beitrag ist bei Vertragsabschluss höher als 4 Prozent der zu diesem Zeitpunkt geltenden Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung: Wir erhöhen Ihren Beitrag höchstens auf 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung zuzüglich 1.800 EUR.

Die automatische Erhöhung endet spätestens ein Jahr vor dem Ende der 7 Beitragszahlungsdauer.

20.2 Wann erhöhen sich die Beiträge?

Die Beiträge erhöhen sich jeweils einmal im Jahr. Erstmals erhöhen sich die Beiträge nach Ablauf des ersten 7 Versicherungsjahres. Wir informieren Sie rechtzeitig vor jeder Erhöhung darüber, wie hoch der neue Beitrag ist. Der erhöhte Versicherungsschutz beginnt jeweils am Tag der Erhöhung um 12.00 Uhr. Während eines Beitrags-Stopps (siehe 19) erhöhen wir die Beiträge nicht.

20.3 Wie erhöhen sich die Leistungen?

Wenn sich Ihre Beiträge automatisch erhöhen, erhöhen sich auch die Leistungen. Die Gesundheit der 7 versicherten Person prüfen wir nicht, bevor wir die Leistungen erhöhen. Wir berechnen die erhöhten Leistungen mit dem aktuellen Alter der 7 versicherten Person. Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen 7 Rechnungsgrundlagen für automatische Erhöhungen. Diese können von den Grundlagen abweichen, mit denen wir die Leistungen bei Vertragsbeginn berechnet haben.

20.4 Wie können Sie die automatische Erhöhung der Beiträge aussetzen? Wann endet die automatische Erhöhung?

Sie können eine automatische Erhöhung wie folgt rückgängig machen:

- Sie widersprechen der automatischen Erhöhung bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin oder
- Sie bezahlen den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin.

Wenn Sie einer automatischen Erhöhung widersprechen, erhöhen wir Ihre Beiträge rückwirkend nicht. Im folgenden Jahr erhöhen wir Ihre Beiträge wieder normal. Sie können den Er-

höhungen jedes Mal widersprechen. Wenn Sie jedoch mehr als zweimal hintereinander einer Erhöhung widersprechen, endet die automatische Erhöhung für die Zukunft.

Die automatische Erhöhung endet auch, wenn Sie eine Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit eingeschlossen haben und die \nearrow versicherte Person berufsunfähig wird. Was geschieht, wenn Sie uns erst verspätet mitteilen, dass die \nearrow versicherte Person berufsunfähig geworden ist? Dann entfallen alle automatischen Erhöhungen rückwirkend, seitdem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wenn der Grund für die Berufsunfähigkeit später wegfällt und Sie wieder Beiträge zahlen, gilt Folgendes: Wir entscheiden darüber, ob Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen können. Unsere Entscheidung machen wir von der Gesundheit der \nearrow versicherten Person abhängig.

21 Wie können Sie Ihren Vertrag durch Zuzahlungen erhöhen?

Sie können Ihren Vertrag durch eine Zuzahlung erhöhen

- bis zu einem Monat vor dem Rentenbeginn,
- spätestens einen Monat vor dem geplanten Rentenbeginn.

Sie können zu jedem Monatsersten zuzahlen. Ihre Zuzahlung muss zu diesem Termin auf unserem Konto sein. Wenn Ihre Zuzahlung später bei uns eingeht, erhöhen sich die Leistungen zum nächsten Monatsersten.

Die erste Zuzahlung muss mindestens 500 EUR betragen. Jede weitere Zuzahlung muss mindestens 250 EUR betragen. Ihre Beiträge und Zuzahlungen dürfen innerhalb eines Kalenderjahres insgesamt nicht höher sein als der Höchstbetrag nach § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz.

Wir berechnen die erhöhten Leistungen mit dem aktuellen Alter der \nearrow versicherten Person. Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Zuzahlung aktuellen \nearrow Rechnungsgrundlagen für Zuzahlungen. Diese können von den Grundlagen abweichen, mit denen wir die Leistungen bei Vertragsbeginn berechnet haben.

Über die Zuzahlung erhalten Sie

- einen Nachtrag zum \nearrow Versicherungsschein, wenn wir die Zuzahlung im selben Vertrag durchführen oder
- neue Vertragsunterlagen, wenn wir die Zuzahlung wie ein Neugeschäft durchführen.

22 Welche Kosten fallen für Ihren Vertrag an?

22.1 Welche Kosten gibt es?

Es gibt folgende Kosten:

- einmalige Abschluss- und Vertriebskosten (22.2),
- übrige Kosten (22.3) und
- zusätzliche anlassbezogene Kosten (Gebühren, siehe 22.5).

Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten sind in den Beiträgen enthalten. Sie müssen diese Kosten nicht zusätzlich bezahlen. Wie hoch die Kosten in Euro sind, entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen (20), erhöhen sich auch die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten.

22.2 Was sind einmalige Abschluss- und Vertriebskosten?

Wir verwenden die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten, vor allem um die Vermittlung des Vertrags zu vergüten und das Risiko zu prüfen.

22.3 Was sind übrige Kosten?

Wir verwenden die übrigen Kosten, um Ihren Vertrag zu verwalten.

22.4 Wie wirken sich die Kosten aus, wenn wir das \nearrow Deckungskapital berechnen?

Wenn wir das \nearrow Deckungskapital berechnen, berechnen wir die aufzuwendenden Kosten wie folgt:

a. Einmalige Abschluss- und Vertriebskosten

Wenn Sie die Beiträge monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen, wenden wir für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dabei teilen wir diese einmaligen Kosten

- in den ersten fünf Jahren ab Vertragsbeginn in gleiche Teilbeträge auf oder
- über die gesamte \nearrow Beitragszahlungsdauer in gleiche Teilbeträge auf, wenn Sie mit uns eine \nearrow Beitragszahlungsdauer von weniger als fünf Jahren vereinbart haben.

Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 Prozent der Summe der vereinbarten Beiträge für die Basler BetriebsRente. Für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit betragen die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten höchstens 2,5 Prozent der Summe der vereinbarten \nearrow Tarifbeiträge.

Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen (20), gilt: Wir berechnen die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf den zusätzlichen Beitrag ab dem Zeitpunkt der Erhöhung nach demselben Verfahren.

Wenn Sie einen einmaligen Beitrag oder eine Zuzahlung leisten, ziehen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten in einem Betrag ab.

b. Übrige Kosten

Die übrigen Kosten ziehen wir während der \nearrow Beitragszahlungsdauer von Ihren Beiträgen ab. Wenn Sie einen einmaligen Beitrag oder eine Zuzahlung leisten, ziehen wir einen Teil der übrigen Kosten in einem Betrag zum Vertragsbeginn ab.

Nach Ablauf der \nearrow Beitragszahlungsdauer oder nach einem Beitrags-Stopp ziehen wir die übrigen Kosten vom \nearrow Deckungskapital ab.

Vor allem in den ersten Vertragsjahren können sich die Kosten nachteilig auswirken. Dies ist der Fall, wenn Sie die Beiträge senken oder stoppen oder Ihren Vertrag kündigen. Näheres dazu finden Sie in 19.4.2 und 36.2.

22.5 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben (Gebühren)?

Für bestimmte Ereignisse, die Sie veranlassen oder verursachen, berechnen wir Ihnen weitere jeweils einmalige Kosten. Dies können folgende Ereignisse sein:

- a. Sie zahlen den Beitrag nicht rechtzeitig und wir setzen Ihnen deshalb eine Frist oder schicken Ihnen eine Mahnung.
- b. Ihre Bank gibt eine Lastschrift zurück.
- c. Wir ändern auf Ihren Wunsch Ihren Vertrag (Ausnahme: Bei Beitrags-Stopp, Kündigung und Wiederherstellung erheben wir keine Gebühren).
- d. Wir stellen einen Ersatz für Ihren \rightarrow Versicherungsschein aus.
- e. Sie wünschen zusätzlich zur jährlichen Information eine Auskunft über den Wert Ihres Vertrags.

Die Kosten entfallen, wenn Sie uns nachweisen, dass unsere Annahmen für die Berechnung der Kosten falsch sind. Die Kosten verringern sich, wenn Sie uns nachweisen, dass wir die Kosten zu hoch beziffert haben.

Die genauen Kosten finden Sie in der Gebühren-Tabelle bei Ihren Versicherungsunterlagen. Die Höhe der Kosten kann sich während der \rightarrow Vertragsdauer ändern, wenn sich unsere durchschnittlichen Kosten erhöhen oder verringern. Die jeweils aktuellen Kosten können Sie bei uns erfragen.

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer

23 Welche \rightarrow Rechnungsgrundlagen verwenden wir?

Der \rightarrow Rechnungszins beträgt 0,9 Prozent. Wir verwenden unternehmenseigene \rightarrow Sterbe- und Wahrscheinlichkeitstafeln. Diese basieren

- bei der Rentenversicherung auf den Sterbetafeln „DAV 2004 R Aggregat“.
- bei der Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit auf den Wahrscheinlichkeitstafeln „DAV 1997“.

Außerdem rechnen wir Kosten (22) ein. Diese nennen wir Ihnen im Produktinformationsblatt.

24 Welche Überschüsse können während der \rightarrow Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen?

Während der \rightarrow Vertragsdauer können Überschüsse zu Ihren Leistungen hinzukommen. Die zukünftigen Überschüsse sind nicht garantiert. Aus folgendem Grund: Wir wissen heute nicht, wie sich die Überschüsse entwickeln werden. Lesen Sie dazu die folgenden Absätze.

Überschüsse entstehen, weil wir die \rightarrow Rechnungsgrundlagen vorsichtig ansetzen. Es gibt Zins-, Risiko- und Kosten-Überschüsse. Diese Überschüsse ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs und des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Wir beteiligen unsere \rightarrow Versicherungsnehmer an diesen Überschüssen, wie es im Aufsichtsrecht vorgegeben ist.

24.1 Wie entstehen Überschüsse für unsere \rightarrow Versicherungsnehmer insgesamt?

Wir beteiligen unsere \rightarrow Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an den Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

Die Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- a. Aus den Kapitalerträgen.

Überschüsse aus den Kapitalerträgen entstehen, wenn die nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen Erträge erzielen. Von den Erträgen ziehen wir die Aufwendungen für die Kapitalanlage ab. Es verbleiben dann die Nettoerträge. Von den Nettoerträgen erhalten unsere \rightarrow Versicherungsnehmer mindestens den in der Verordnung genannten Anteil. Derzeit beträgt der Anteil grundsätzlich 90 Prozent. Von diesem Anteil ziehen

wir die Mittel ab, die wir für die garantierten Leistungen aller Verträge benötigen. Den dann verbleibenden Ertrag verwenden wir für die Überschüsse.

- b. Aus dem Risikoergebnis.

Überschüsse aus dem Risikoergebnis entstehen, wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir in die Beiträge eingerechnet haben. Beispiel: Die tatsächliche Lebensdauer der \rightarrow versicherten Personen ist kürzer, als wir angenommen haben. Dadurch zahlen wir weniger Renten, als angenommen. Dann entsteht ein positives Risikoergebnis. Von diesem Risikoergebnis erhalten unsere \rightarrow Versicherungsnehmer mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Anteil. Derzeit beträgt der Anteil grundsätzlich 90 Prozent.

- c. Aus dem übrigen Ergebnis.

Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis entstehen zum Beispiel, wenn

- die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind, als wir in die Beiträge eingerechnet haben oder
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben.

Dann entsteht ein positives übriges Ergebnis. Von diesem übrigen Ergebnis erhalten unsere \rightarrow Versicherungsnehmer mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Anteil. Derzeit beträgt der Anteil grundsätzlich 50 Prozent.

Wir können in Ausnahmefällen von den in a. bis c. angegebenen Prozentsätzen abweichen, wenn die Aufsichtsbehörde zustimmt. Welche Ausnahmefälle eintreten können, steht in der Mindestzuführungsverordnung.

Die Überschüsse ermitteln wir jährlich. Die auf die \rightarrow Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir zunächst der \rightarrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir sie nicht direkt den Verträgen gutschreiben.

Die \rightarrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung

- gleicht Schwankungen bei der Überschuss-Beteiligung aus und
- darf grundsätzlich nur für die Beteiligung unserer \rightarrow Versicherungsnehmer an den Überschüssen verwendet werden.

Nur in Ausnahmefällen dürfen wir die \rightarrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung für andere Zwecke verwenden, wenn die Aufsichtsbehörde zustimmt. Dies dürfen wir, soweit die \rightarrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschüsse entfällt. Derzeit dürfen wir die \rightarrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung in folgenden Fällen für andere Zwecke verwenden:

- Wir wenden einen drohenden Notstand ab.
- Wir gleichen unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen aus. Diese Verluste sind deshalb entstanden, weil sich die Verhältnisse allgemein geändert haben.
- Wir erhöhen die \nearrow Deckungsrückstellung, weil die \nearrow Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die \nearrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um Verluste auszugleichen oder die \nearrow Deckungsrückstellung zu erhöhen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

24.2 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen?

Wenn wir Überschüsse verteilen, fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Renten-, Pflege- und Berufsunfähigkeitsversicherungen unterschiedlichen Gruppen zu. Die Überschüsse verteilen wir auf diese Gruppen in dem Maß, wie die Gruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Darüber hinaus bilden wir innerhalb dieser Gruppen Gewinnverbände. In einem Gewinnverband befinden sich alle Versicherungen, die in einem ähnlichen Umfang dazu beitragen, dass Überschüsse entstehen. Es kann auch vorkommen, dass innerhalb eines Gewinnverbandes keine Überschüsse entstehen. Welchem Gewinnverband die versicherten Risiken Ihres Vertrages angehören, können Sie dem \nearrow Versicherungsschein entnehmen.

Für jeden Gewinnverband legt der Vorstand unseres Unternehmens die genaue Höhe der Überschusssätze für ein Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen alle Überschusssätze im Anhang unseres Geschäftsberichts. Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern.

24.3 Wie beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven?

24.3.1 Was sind Bewertungsreserven?

Bewertungsreserven sind noch nicht realisierte Gewinne. Diese entstehen, wenn der Marktwert von Kapitalanlagen höher ist als deren bilanzierte Werte. Wie hoch die Bewertungsreserven zum Bilanztermin sind, können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

24.3.2 Wie teilen wir Ihrem Vertrag Bewertungsreserven zu?

Wir beteiligen Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven in folgenden Fällen:

- Sie erhalten eine Altersrente oder Kapitalabfindung,
- Sie kündigen Ihren Vertrag (34) oder
- Sie erhalten eine Leistung, weil die \nearrow versicherte Person stirbt (10).

Die Bewertungsreserven ermitteln wir mindestens einmal jährlich neu. In welchem Umfang wir unsere \nearrow Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven beteiligen, regeln das Versicherungsvertragsgesetz und das Aufsichtsrecht. Wir ordnen die Bewertungsreserven den betroffenen Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zu.

Die Bewertungsreserven schwanken deutlich stärker als die zugrunde liegenden Kapitalanlagen. Zum Ausgleich dieser Schwankungen gewähren wir bis zum Rentenbeginn einen

Sockelbetrag als Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven. Den Sockelbetrag legen wir jährlich neu fest. Wir berechnen ihn in Prozent der im Leistungsfall gewährten Schlussüberschüsse (25.5).

Wenn wir Leistungen auszahlen, teilen wir Ihrem Vertrag den höheren dieser beiden Werte zu:

- Den Sockelbetrag oder
- die nach dem verursachungsorientierten Verfahren berechnete Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Wenn wir eine Rente zahlen, beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven zusammen mit der laufenden Überschussbeteiligung.

Weitere Informationen zu den Bewertungsreserven finden Sie in unserem Geschäftsbericht.

24.4 Wann verwenden wir Überschüsse nach Rentenbeginn, um Ihre garantierten Renten zu finanzieren?

Wenn wir eine garantierte Rente berechnen, legen wir vorsichtige Annahmen bei den \nearrow Rechnungsgrundlagen zugrunde. Für die Verpflichtungen, die sich aus den garantierten Renten ergeben, müssen wir \nearrow Deckungsrückstellungen bilden.

Wir müssen weitere Rückstellungen bilden, wenn

- die allgemeine Lebenserwartung steigt oder
- die Rendite am Kapitalmarkt nicht nur vorübergehend sinkt

in einem Umfang, der zum Rentenbeginn nicht vorhersehbar war.

Wenn wir weitere Rückstellungen bilden müssen, dürfen wir noch nicht zugewiesene Überschüsse hierfür verwenden. Die Überschüsse dürfen wir solange dafür verwenden, bis die notwendige \nearrow Deckungsrückstellung für jeden einzelnen Vertrag erreicht ist. Welche \nearrow Deckungsrückstellung notwendig ist, stellt die Aufsichtsbehörde oder der Verantwortliche \nearrow Aktuar fest.

25 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen bei der Basler Betriebsrente, bevor wir eine Altersrente zahlen?

25.1 Wie verwenden wir die Überschüsse bei Ihrem Vertrag?

Für die Ansparphase gilt folgendes Überschuss-System:

- Verzinsliche Ansammlung (25.2), wenn Sie eine Todesfallleistung vor Rentenbeginn vereinbart haben, oder
- Erlebensfallbonus (25.3), wenn Sie keine Todesfallleistung vor Rentenbeginn vereinbart haben.

25.2 Was ist die verzinsliche Ansammlung?

Die Ihrem Vertrag laufend zugewiesenen Überschüsse verwenden wir, um ein Überschuss-Guthaben aufzubauen. Das Überschuss-Guthaben ist garantiert und erhöht Ihre Leistungen, wenn

- Sie den Vertrag beenden und wir eine Leistung auszahlen,
- wir eine Hinterbliebenen-Leistung zahlen oder
- wir eine Altersrente oder Kapitalabfindung zahlen.

25.3 Was ist der Erlebensfallbonus?

Die Ihrem Vertrag laufend zugewiesenen Überschüsse verwenden

den wir als Einmalbeitrag für eine zusätzliche Rentenversicherung. Der Erlebensfallbonus ist garantiert und erhöht Ihre Leistungen, wenn

- Sie den Vertrag beenden und wir eine Leistung auszahlen oder
- wir eine Altersrente oder Kapitalabfindung zahlen.

25.4 Wie setzen sich die laufend zugeteilten Überschüsse zusammen?

25.4.1 Was ist die Basisverzinsung?

Wir schreiben Ihrem Vertrag jährlich eine Basisverzinsung gut.

Die Basisverzinsung berechnen wir in Prozent

- des Überschuss-Guthabens (nach der Überschuss-Gutschrift) zu Beginn des abgelaufenen 7 Versicherungsjahres bei der verzinslichen Ansammlung oder
- des Bonus-Deckungskapitals aus dem Erlebensfallbonus (nach der Überschuss-Gutschrift) zu Beginn des abgelaufenen 7 Versicherungsjahres.

Wir teilen Ihnen die Basisverzinsung zu

- das erste Mal nach Ablauf des ersten 7 Versicherungsjahres und
- das letzte Mal zum Rentenbeginn.

Wenn der Vertrag zwischen zwei 7 Versicherungsjahren beendet wird, schreiben wir die Basisverzinsung anteilig gut.

25.4.2 Was sind Zinsüberschüsse?

Wir schreiben Ihrem Vertrag jährlich Zinsüberschüsse gut.

Die Zinsüberschüsse berechnen wir in Prozent

- des um ein Jahr mit dem 7 Rechnungszins abgezinsten 7 Deckungskapitals zu Beginn des abgelaufenen 7 Versicherungsjahres

und

- des Überschuss-Guthabens (nach der Überschuss-Gutschrift) zu Beginn des bei der vorherigen Überschuss-Beteiligung abgelaufenen 7 Versicherungsjahres bei der verzinslichen Ansammlung oder
- des Bonus-Deckungskapitals (nach der Überschuss-Gutschrift) aus dem Erlebensfallbonus zu Beginn des bei der vorherigen Überschuss-Beteiligung abgelaufenen 7 Versicherungsjahres.

Wir teilen Ihnen Zinsüberschüsse zu

- das erste Mal nach Ablauf des zweiten 7 Versicherungsjahres und
- das letzte Mal zum Rentenbeginn.

25.4.3 Was sind Grundüberschüsse?

Wir schreiben Ihrem Vertrag jährlich Grundüberschüsse gut, wenn Sie für Ihren Vertrag regelmäßig Beiträge zahlen.

Die Grundüberschüsse berechnen wir in Prozent des jährlichen Beitrags zum Ende des bei der vorherigen Überschuss-Beteiligung abgelaufenen 7 Versicherungsjahres. Die Prozentsätze hängen davon ab, wie hoch Ihr jährlicher Beitrag ist.

Wir teilen Ihnen Grundüberschüsse zu

- das erste Mal nach Ablauf des fünften 7 Versicherungsjahres und
- das letzte Mal zum Rentenbeginn.

25.4.4 Was sind biometrische Überschüsse?

Wir schreiben Ihrem Vertrag jährlich biometrische Überschüsse gut, wenn wir die Überschüsse für den Erlebensfallbonus verwenden.

Die biometrischen Überschüsse berechnen wir in Prozent des Bonus-Deckungskapitals (nach der Überschuss-Gutschrift) aus dem Erlebensfallbonus zu Beginn des bei der vorherigen Überschuss-Beteiligung abgelaufenen 7 Versicherungsjahres.

Wir teilen Ihnen biometrische Überschüsse zu

- das erste Mal nach Ablauf des zweiten 7 Versicherungsjahres und
- das letzte Mal zum Rentenbeginn.

25.5 Wie schreiben wir Überschüsse in Form eines Schlussüberschusses gut?

Der Schlussüberschuss setzt sich zusammen aus

- einem Schlussanteil (25.5.1) und
- einem Schlussbonus (25.5.2).

Die Schlussüberschüsse können wir kürzen oder streichen, wenn sich die Kapitalerträge, das Risikoergebnis oder das übrige Ergebnis negativ entwickeln.

25.5.1 Wie hoch ist der Schlussanteil?

Wir berechnen den Schlussanteil in Prozent der vollen oder anteiligen Schlussgewinn-Anwartschaft.

Die Prozentsätze legen wir jedes Jahr neu fest. Der Prozentsatz kann davon abhängen,

- ob Sie den geplanten Rentenbeginn erreicht haben und
- ob wir eine Altersrente, Kapitalabfindung, Leistung bei Tod oder Kündigung zahlen.

a. Wie baut sich die Schlussgewinn-Anwartschaft auf?

Die Schlussgewinn-Anwartschaft ist eine Bemessungsgröße, mit der wir die Schlussüberschüsse berechnen. Sie können deshalb keine Schlussüberschüsse in einer bestimmten Höhe verlangen.

Die Schlussgewinn-Anwartschaft beträgt bei Vertragsbeginn null. Ab dem dritten 7 Versicherungsjahr erhöhen wir die Schlussgewinn-Anwartschaft jährlich.

Ihre Schlussgewinn-Anwartschaft erhöht sich jährlich durch

- einen Schlussgewinn-Zuwachs und
- einen Schlussgewinn-Sonderzuwachs.

Den Schlussgewinn-Zuwachs berechnen wir in Prozent

- der Schlussgewinn-Anwartschaft zu Beginn des abgelaufenen 7 Versicherungsjahres und
- den Überschüssen nach 25.4.2 bis 25.4.4.

Den Schlussgewinn-Sonderzuwachs berechnen wir wie in 25.4.2 für die Zinsüberschüsse beschrieben.

Die Prozentsätze hängen davon ab, ob Sie zu den genannten Zeitpunkten regelmäßig Beiträge zahlen müssen.

b. Wie berechnen wir die volle und anteilige Schlussgewinn-Anwartschaft?

Die volle Schlussgewinn-Anwartschaft legen wir ab dem geplanten Rentenbeginn zugrunde.

Eine anteilige Schlussgewinn-Anwartschaft legen wir vor dem geplanten Rentenbeginn (7.1.1) zugrunde. Wie hoch dieser Anteil ist, hängt davon ab, wann Sie die Leistung erhalten. Der Anteil berechnet sich nach dem Verhältnis der voll abgelaufenen \nearrow Versicherungsjahre zur vereinbarten Dauer bis zum geplanten Rentenbeginn. Beispiel: Sie haben einen Vertrag mit einer Dauer von 40 Jahren bis zum geplanten Rentenbeginn und ziehen Ihren Rentenbeginn um 5 Jahre vor. Es sind also 35 Jahre seit Vertragsbeginn vergangen. Zu diesem Zeitpunkt legen wir 35/40 der Schlussgewinn-Anwartschaft zugrunde.

c. Wann teilen wir Ihrem Vertrag den Schlussanteil zu?

Wir teilen Ihrem Vertrag einen Schlussanteil zu, wenn eine Wartezeit abgelaufen ist und

- Sie eine Altersrente oder Kapitalabfindung erhalten,
- Sie Ihren Vertrag kündigen (34) oder
- die \nearrow versicherte Person stirbt (nur, wenn wir die Überschüsse verzinlich ansammeln, siehe 25.2).

Die Wartezeit beträgt

- ein Drittel der Dauer bis zum geplanten Rentenbeginn (7.1.1),
- höchstens jedoch zehn Jahre.

Die Wartezeit entfällt, wenn Sie für diesen Vertrag einen Einmalbeitrag gezahlt haben.

25.5.2 Wie hoch ist der Schlussbonus?

Den Schlussbonus berechnen wir in Prozent

- des \nearrow Deckungskapitals und des Überschuss-Guthabens bei der verzinlichen Ansammlung (25.2) oder
- des \nearrow Deckungskapitals und des Bonus-Deckungskapitals beim Erlebensfallbonus (25.3).

Wir teilen Ihrem Vertrag den Schlussbonus zu, wenn zwei \nearrow Versicherungsjahre vergangen sind und

- Sie eine Altersrente oder Kapitalabfindung erhalten,
- Sie Ihren Vertrag zu einem Zeitpunkt ab dem frühesten Rentenbeginn kündigen (34) oder
- die \nearrow versicherte Person nach dem geplanten Rentenbeginn stirbt (nur, wenn wir die Überschüsse verzinlich ansammeln, siehe 25.2).

26 Wie berechnen wir eine lebenslange Altersrente aus den Überschüssen?

Die lebenslange Altersrente aus den Überschüssen berechnen wir mit:

- Dem Überschuss-Guthaben, wenn Sie das Überschuss-System Verzinliche Ansammlung (25.2) vereinbart haben,
- dem Bonus-Deckungskapital, wenn Sie das Überschuss-System Erlebensfallbonus (25.3) vereinbart haben,
- den Schlussüberschüssen (25.5),
- einer Beteiligung an den Bewertungsreserven (24.3),
- dem \nearrow rechnungsmäßigen Alter der \nearrow versicherten Person,
- der zum Rentenbeginn vereinbarten Rentengarantiezeit (10.3.1) und
- den folgenden \nearrow Rechnungsgrundlagen:
 - Dem \nearrow Rechnungszins, den wir zum Rentenbeginn für vergleichbare sofort beginnende Renten (10.4) verwenden.
 - Unternehmenseigenen \nearrow Sterbetafeln, die wir zum Rentenbeginn für vergleichbare sofort beginnende Renten (10.4) verwenden.
 - Unseren für den Rentenbezug festgelegten Kosten. Die Kosten haben wir bereits bei Beginn Ihres Vertrags festgelegt. Die Höhe der Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt entnehmen.

27 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, wenn wir eine Rente zahlen?

Wenn wir eine Alters- oder Hinterbliebenen-Rente zahlen, teilen wir Ihrem Vertrag jährlich Überschüsse zu. Je nach Überschuss-System verwenden wir sie unterschiedlich.

Bei der lebenslangen Altersrente nach 7.2 mit oder ohne Rentengarantiezeit (10.3.1) können Sie eines dieser Überschuss-Systeme wählen:

- Dynamikrente (27.1) oder
- Zuwachsrente (27.2).

Sie müssen sich für eines der Überschuss-Systeme spätestens einen Monat vor dem Rentenbeginn entscheiden. Entscheiden Sie sich nicht, erhalten Sie die Zuwachsrente.

Wir verwenden immer das Überschuss-System Dynamikrente (27.1), wenn Sie eine Todesfall-Leistung nach 10.3.2 wählen.

27.1 Was ist die Dynamikrente?

Bei der Dynamikrente verwenden wir die Überschüsse wie folgt: Wir erhöhen die garantierte Altersrente einmal im Jahr. Das erste Mal erhöhen wir die Altersrente ein Jahr nach Rentenbeginn.

27.2 Was ist die Zuwachsrente?

Bei der Zuwachsrente verwenden wir die Überschüsse wie folgt:

a. Zusatzrente

Ab Rentenbeginn zahlen wir eine zusätzliche Altersrente (Zusatzrente). Diese Zusatzrente kann sich reduzieren, wenn wir die Überschüsse senken.

Die Zusatzrente ermitteln wir wie folgt: Wir berechnen eine Altersrente mit modifizierten \nearrow Rechnungsgrundlagen, zum Beispiel mit einem höheren Zins als dem \nearrow Rechnungszins. Die modifizierten \nearrow Rechnungsgrundlagen führen zu einer höheren Altersrente. Die Zusatzrente ist diese höhere Altersrente abzüglich der garantierten Altersrente.

Die modifizierten \nearrow Rechnungsgrundlagen garantieren wir nicht. Sie gehören zu den Überschussätzen, die wir jährlich neu festlegen. Wenn wir die modifizierten \nearrow Rechnungsgrundlagen ändern, kann die Zusatzrente sinken. Wir zahlen immer mindestens die garantierte Altersrente.

b. Jährliche Erhöhung

Die garantierte Altersrente erhöhen wir einmal im Jahr, wenn ausreichend Überschüsse vorhanden sind. Das erste Mal erhöhen wir sie ein Jahr nach Rentenbeginn. Die Erhöhung berechnen wir in Prozent der Summe aus garantierter Altersrente und Zusatzrente.

Wenn die \nearrow versicherte Person innerhalb der Rentengarantiezeit stirbt, stellen wir den Vertrag auf das Überschuss-System Dynamikrente um.

28 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen der Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit?

28.1 Wie schreiben wir Überschüsse in Form herabgesetzter Beiträge gut (Beitragsreduktion)?

Bei der Beitragsreduktion verwenden wir die Überschüsse, um Ihren Beitrag zu senken. Wir setzen jedes Jahr neu fest, um welchen Betrag sich Ihr Beitrag vermindert. Wir drücken die Höhe der Beitragsreduktion in Prozent des Tarifbeitrags für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit aus. Wenn wir Risikozuschläge vereinbart haben, vermindern sich diese nicht.

Wie stark sich Ihr Beitrag vermindert, garantieren wir nicht. Es kann auch geschehen, dass der Beitrag sich in einem Jahr weniger vermindert, als im Jahr zuvor oder sich auch gar nicht vermindert. In diesen Fällen ist Ihr Beitrag im Folgejahr höher als im Jahr zuvor. Mehr als den Tarifbeitrag zahlen Sie aber nicht. Es kann auch geschehen, dass der Beitrag sich in einem Jahr stärker vermindert, als im Jahr zuvor.

Das Ausmaß, in dem sich Ihr Beitrag vermindert, hängt auch davon ab, welchen Beruf die versicherte Person bei Vertragsbeginn ausgeübt hat.

Das erste Mal teilen wir die Überschüsse bei Vertragsbeginn zu, das letzte Mal, wenn Sie den letzten Beitrag zahlen.

28.2 Wie schreiben wir Überschüsse in Form erhöhter Leistungen gut (Bonus)?

Beim Bonus verwenden wir die Überschüsse, um im Versicherungsfall einen Bonus zu gewähren. Diesen sammeln wir im Überschuss-Guthaben verzinslich an (siehe 28.3). Wir drücken den Bonus in Prozent des Beitrags der Basler Betriebsrente aus.

Die Höhe des Bonus ist nicht garantiert und kann auch Null sein. Der Bonus kann im Folgejahr auch niedriger oder höher sein als im laufenden Jahr.

Wir senken den Bonus nicht, während wir eine Leistung erbringen, weil die versicherte Person berufsunfähig geworden ist.

Der Bonus kann unterschiedlich hoch sein, je nachdem, welchen Beruf die versicherte Person bei Vertragsbeginn ausgeübt hat.

28.3 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, wenn wir die Beiträge übernehmen, weil die versicherte Person berufsunfähig ist?

Wir teilen Ihnen Überschüsse in Prozent des Deckungskapitals der Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit zu. Wir teilen Ihnen diese Überschüsse jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres zu. Das erste Mal teilen wir Ihnen Überschüsse zu, wenn wir mindestens für ein Jahr Leistungen erbracht haben. Das letzte Mal teilen wir Ihnen die Überschüsse zu Beginn des letzten Versicherungsjahres zu, in dem wir eine Leistung erbringen.

Die zugewiesenen Überschüsse sammeln wir verzinslich in einem Überschuss-Guthaben an. Das Überschuss-Guthaben erhöhen wir zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um eine Basisverzinsung und einen Zinsüberschuss. Die Basiszinsen berechnen wir in Prozent des Überschuss-Guthabens

zu Beginn des vorherigen Versicherungsjahres. Die Zinsüberschüsse berechnen wir in Prozent des Überschuss-Guthabens zu Beginn des vorvorherigen Versicherungsjahres.

Das Überschuss-Guthaben verwenden wir, um die Versicherungsleistungen Ihrer Basler Betriebsrente zu erhöhen.

29 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen Bestimmungen dennoch wirksam.

29.1 Wie kann es geschehen, dass eine Bestimmung Ihrer Versicherungsbedingungen unwirksam wird?

Eine Bestimmung kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- Wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder
- wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt. Wir müssen Ihre und unsere Interessen berücksichtigen.

29.2 Wann wird die neue Bestimmung wirksam?

Die neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn die Bestimmung die Interessen aller unserer Versicherungsnehmer berücksichtigt. Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
- Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

30 Können Sie diesen Vertrag abtreten, verpfänden oder beleihen?

Sie können Rechte und Ansprüche aus diesem Vertrag nicht auf Dritte übertragen. Das bedeutet: Sie können den Vertrag weder abtreten noch verpfänden. Sie können diesen Vertrag auch nicht beleihen.

Die versicherte Person darf ihr unwiderrufliches Bezugsrecht weder abtreten, verpfänden noch beleihen.

31 Was gilt, wenn das Arbeitsverhältnis endet?

Sie müssen uns in Textform mitteilen, wenn die versicherte Person aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet.

Endet das Arbeitsverhältnis, ohne dass ein Leistungsfall eingetreten ist, gilt: Wir gehen wie bei einem Beitrags-Stopp (19) vor, wenn noch Beiträge zu zahlen sind. Den Beitrags-Stopp nehmen wir zu folgendem Zeitpunkt vor: Zum nächsten Zahlungsabschnitt nach dem Ausscheiden, frühestens zum nächsten Zahlungsabschnitt, nachdem Ihre Mitteilung eingegangen ist. Sind keine Beiträge mehr fällig, erübrigt sich ein Beitrags-Stopp.

Wir übertragen den Vertrag auf die ∇ versicherte Person als neuen Versicherungsnehmer, wenn

- die ∇ versicherte Person eine gesetzlich unverfallbare Versorgungsanwartschaft erworben hat oder
- der ∇ versicherten Person ein unwiderrufliches Bezugsrecht (13.5) eingeräumt wurde.

Wenn wir den Vertrag auf die ∇ versicherte Person übertragen, kann sie den Vertrag mit eigenen Beiträgen fortführen. Dies muss uns die ∇ versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden in ∇ Textform mitteilen. Die ∇ versicherte Person kann den Vertrag auch auf einen neuen Arbeitgeber übertragen und die Vorteile einer Direktversicherung weiter nutzen.

Soweit der Vertrag vor dem Ausscheiden der ∇ versicherten Person Kostenvorteile aufgrund eines Kollektiv-Rahmenvertrages hatte, gilt: Diese entfallen mit dem Ausscheiden für künftige Beiträge.

Nach § 4 Absatz 3 des Betriebsrentengesetzes kann der Übertragungswert dieses Vertrags auf einen neuen Arbeitgeber übertragen werden, wenn

- der neue Arbeitgeber die betriebliche Altersversorgung über eine Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds durchführt und
- der Übertragungswert höchstens so hoch ist wie die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung.

Der Übertragungswert besteht aus dem ∇ Deckungskapital, den Überschüssen (25.4) und den Schlussüberschüssen (25.5). Außerdem beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven (24.3).

32 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift, Ihr Name oder Ihr steuerlicher Status ändert?

32.1 Was gilt, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies ∇ unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen ∇ Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte Anschrift senden. Drei Tage danach gilt die ∇ Erklärung als bei Ihnen zugegangen – auch wenn Sie sie tatsächlich nicht erhalten haben. Dies gilt auch, wenn Sie gewerbetreibend sind und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren ständigen Aufenthalt in die USA verlegen, müssen Sie uns eine Person Ihres Vertrauens nennen. Sie müssen dann diese Vertrauens-Person bevollmächtigen, Mitteilungen von uns entgegenzunehmen. Diese Person muss ihren Wohnsitz in der Europäischen Union haben. Wir schicken grundsätzlich keine Post in die USA.

32.2 Was gilt, wenn sich Ihr steuerlicher Status ändert?

32.2.1 Was müssen Sie uns mitteilen?

Vor Eintritt des \ddot{a} Versicherungsfalls müssen Sie uns ∇ unverzüglich Folgendes mitteilen und eine neue Selbstauskunft nach den gesetzlichen Bestimmungen abgeben:

- a. Sie verlegen Ihren steuerlichen Wohnsitz/Ihre steuerliche Ansässigkeit ins Ausland oder zurück nach Deutschland,
- b. Sie werden eine „US-Person“ oder aus anderen Gründen

in den USA unbeschränkt steuerpflichtig. Oder Sie verlieren den Status als „US-Person“ oder sind aus anderen Gründen in den USA nicht mehr unbeschränkt steuerpflichtig.

- c. Auf eine beherrschende Person, die einen passiven Rechtsträger im Sinne der AIA- oder FATCA-Regulierung kontrolliert, trifft ein unter a. oder b. genannter Sachverhalt zu.
- d. Sie sind Rechtsträger und Ihr AIA- oder FATCA-Status ändert sich.

„US-Personen“ sind:

- a. US-Staatsbürger (einschließlich doppelter und mehrfacher Staatsangehörigkeit).
- b. Personen mit Wohnsitz in den USA.
- c. Personen, die sich ständig in den USA aufhalten dürfen (zum Beispiel Greencard).
- d. Personen, die sich längere Zeit in den USA aufgehalten haben. Was bedeutet längere Zeit?
 - Im laufenden Kalenderjahr mindestens 31 Tage und
 - im laufenden und in den beiden vorausgehenden Kalenderjahren insgesamt mehr als 183 Tage. Die Tage werden wie folgt gezählt: Tage des laufenden Kalenderjahres voll, Tage des letztens Kalenderjahres zu einem Drittel und Tage des vorletzten Kalenderjahres zu einem Sechstel.
- e. Gesellschaften, die ihren Sitz in den USA haben oder in den USA eingetragen sind.

„Beherrschende Personen“ meinen ∇ natürliche Personen, die einen passiven Rechtsträger beherrschen. Das sind insbesondere Inhaber von mindestens 25 Prozent der Anteile an dem passiven Rechtsträger.

Ein Rechtsträger ist zum Beispiel eine ∇ juristische Person, eine Personengesellschaft oder ein Einzelunternehmen. Passiv ist der Rechtsträger, wenn er im letzten Geschäftsjahr

- mehr als 50 Prozent der Bruttoeinkünfte aus passiven Einkünften (zum Beispiel Dividenden, Zinsen oder sonstige Kapitalerträge) erzielt hat oder
- mit mehr als 50 Prozent seiner Vermögenswerte passive Einkünfte erzielt hat.

AIA (Automatischer Informations-Austausch nach dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz) ist ein internationaler Standard, um grenzüberschreitend Steuerinformationen bei steuerlicher Ansässigkeit im Ausland auszutauschen.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) ist ein US-amerikanisches Steuergesetz. Hiervon sind US-Steuerpflichtige betroffen, die sich außerhalb der USA aufhalten.

32.2.2 Welche weiteren Mitwirkungspflichten haben Sie?

Zeigen sich nach Vertragsabschluss bei Ihnen oder einer beherrschenden Person, die einen passiven Rechtsträger im Sinne der AIA- oder FATCA-Regeln kontrolliert, Indizien

- einer Änderung des steuerlichen Wohnsitzes/der steuerlichen Ansässigkeit,
- einer US-Steuerpflicht oder
- einer Änderung des AIA-/FATCA-Status,

müssen wir dies näher abklären. Sie sind verpflichtet, daran mitzuwirken und weitere beteiligte Personen zur Mitwirkung anzuhalten. Sie sind insbesondere verpflichtet, unsere Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten und eine neue Selbstauskunft nach den gesetzlichen Bestimmungen abzugeben.

32.2.3 Wann geben wir Daten an die Steuerbehörden weiter?

Wir können im gesetzlichen Rahmen Daten an deutsche oder ausländische Steuerbehörden weitergeben.

32.2.4 Nach Eintritt des 7 Versicherungsfalls gelten die in 32.2.1 und 32.2.2 genannten Pflichten weiter.

33 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

33.1 Bei 7 natürlichen Personen?

Wenn Sie eine 7 natürliche Person sind, müssen wir Klagen gegen Sie beim zuständigen Gericht an Ihrem Wohnort erheben. Wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, ist das Gericht an dem Ort zuständig, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Sie können eine Klage gegen uns bei folgenden zuständigen Gerichten erheben:

- An Ihrem Wohnort,
- an dem Ort, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben,
- an unserem Geschäftssitz oder

- am Ort unserer Niederlassung, in der Ihr Vertrag geführt wird.

33.2 Bei 7 juristischen Personen?

Was geschieht, wenn unser Vertragspartner eine 7 juristische Person ist? In diesem Fall müssen wir Klagen gegen diese 7 juristische Person beim zuständigen Gericht an ihrem Geschäftssitz oder ihrer Niederlassung erheben.

Die 7 juristische Person kann an folgenden Orten gegen uns Klage erheben:

- An ihrem Geschäftssitz oder ihrer Niederlassung,
- an unserem Geschäftssitz oder
- am Ort unserer Niederlassung, in der ihr Vertrag geführt wird.

33.3 Bei einem ausländischen Wohnsitz?

An welchem Ort ist Klage einzureichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland verlegen? In diesem Fall sind die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Geschäftssitz haben.

G Kündigung des Vertrags

34 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können diesen Vertrag jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt kündigen. Wenn Sie keine Beiträge mehr zahlen, können Sie zum nächsten Monat Ihren Vertrag kündigen. Sie müssen in 7 Textform kündigen. Eine Kündigungsfrist gibt es nicht.

In folgenden Fällen können Sie nicht kündigen:

- Wir erbringen eine Leistung aus diesem Vertrag oder
- die 7 versicherte Person ist mit gesetzlich unverfallbaren Versorgungsansprüchen aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden. In diesem Fall gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp (19) vor. Wenn Sie zu diesem Vertrag bereits vor der Kündigung keine Beiträge mehr gezahlt haben, bleibt der Vertrag unverändert.

Wenn Sie die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit (11) vereinbart haben, können Sie diese auch allein jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt kündigen.

35 Welchen Abzug nehmen wir, wenn Sie Ihren Vertrag kündigen?

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, nehmen wir vor dem frühesten Rentenbeginn (7.1.2) folgenden Abzug: Einen Prozentsatz der fällig gewordenen Beiträge, multipliziert

- mit der verbleibenden Dauer bis zum geplanten Rentenbeginn (in Jahren),
- höchstens mit der verbleibenden Dauer bis zum Ende des 20. 7 Versicherungsjahrs.

Der Abzug beträgt mindestens 50 EUR.

Der Prozentsatz hängt von der Dauer bis zum geplanten Rentenbeginn ab und beträgt

- bei Dauern bis 20 Jahre 0,2 Prozent und
- bei Dauern von mehr als 20 Jahren 0,2 Prozent zuzüglich 0,02 Prozentpunkte für jedes weitere Jahr. Der Prozentsatz beträgt höchstens 0,4 Prozent für Dauern ab 30 Jahren.

Bei den fällig gewordenen Beiträgen berücksichtigen wir die Beiträge für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit (11) nicht.

Wenn Sie die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit (11) vereinbart haben, nehmen wir folgenden zusätzlichen Abzug: 50 Prozent des zu diesem Zeitpunkt vorhandenen 7 Deckungskapitals aus der Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit.

Die genaue Höhe des Abzugs finden Sie in Ihrer individuellen Vertragsinformation.

Wir nehmen keinen Abzug,

- ab dem frühesten Rentenbeginn (7.1.2),
- wenn Sie für diesen Vertrag einen Einmalbeitrag gezahlt haben oder
- Sie den Vertrag kündigen, weil das Arbeits- oder Dienstverhältnis endet.

Weitere Gebühren erheben wir nicht.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies müssen wir nachweisen, wenn Sie an der Angemessenheit zweifeln. Wir haben den Abzug mit pauschalen Annahmen berechnet. Diese halten wir aus folgenden Gründen für angemessen:

- a. Zusätzliche Verwaltungskosten
Eine Kündigung verursacht zusätzliche Verwaltungskosten. Diese sind in den 7 Rechnungsgrundlagen nicht berücksichtigt.
- b. Schutz der Risikogemeinschaft
Eine Versicherung ist eine Risikogemeinschaft. Personen mit einem geringen Risiko kündigen eher als Personen mit einem hohen Risiko. Dadurch schwächen sie die Risikogemeinschaft. Mit dem Abzug stellen wir sicher, dass der Risikogemeinschaft durch die Kündigung kein Nachteil entsteht.
- c. Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital
Wir bieten Ihnen einen garantierten Versicherungsschutz

und verschiedene Optionen. Damit wir diese Versprechen dauerhaft erfüllen können, benötigen wir Risikokapital (Solvenzmittel). Ein Teil davon wird durch die Beiträge der \nearrow Versicherungsnehmer aufgebaut. Bei einer Kündigung entziehen Sie der Risikogemeinschaft eingeplante Solvenzmittel. Der Abzug gleicht diesen Ausfall aus.

Unabhängig davon haben Sie folgendes Recht: Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen muss, setzen wir ihn herab. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

36 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

36.1 Was sind die Folgen?

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, zahlen wir Ihnen den \nearrow Rückkaufswert, vermindert um die Abzüge nach 35, aus. Der \nearrow Rückkaufswert berechnet sich aus dem \nearrow Deckungskapital. Zusätzlich zahlen wir Ihnen Überschüsse (25) und eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (24.3).

Wenn Sie die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit (11) allein kündigen, gilt: Wir verwenden den \nearrow Rückkaufswert aus der Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit, vermindert um den Abzug (35), zur Erhöhung der Leistungen der Basler Betriebsrente.

Glossar

Welche Fachbegriffe verwenden wir?

Hier erläutern wir Ihnen die wesentlichen Inhalte der mit \nearrow gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Versicherungsbedingungen verwenden.

Aktuar: Ein versicherungsmathematisch ausgebildeter Sachverständiger.

Arglistige Verletzung der Anzeigepflicht: Bedeutet, dass Sie oder die \nearrow versicherte Person uns \ddot{a} vorsätzlich täuschen. Sie beabsichtigen damit, dass wir uns irren und deshalb möglicherweise eine andere Entscheidung über den Vertragsabschluss treffen, als ohne die Täuschung.

Aufgeschobene Rentenversicherung: Bei einer aufgeschobenen Rentenversicherung beginnt die Rente erst nach einer vereinbarten Zeit.

Ausbildung: Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder Laufbahnausbildung für Beamte.

Beitragszahlungsdauer: Der Zeitraum, in dem Sie die Pflicht haben, Beiträge zu zahlen.

Begünstigter: Eine Person, für die Sie im Vertrag vorgesehen haben, die Leistungen im \ddot{a} Versicherungsfall zu erhalten. Das können Sie selbst oder eine andere Person sein. Im Gesetz nennt man den Begünstigten „Bezugsberechtigten“.

Bestandskräftiger Verwaltungsakt: Ein Bescheid, gegen den der Betroffene nicht mehr mit rechtlichen Mitteln angehen kann. Zum Beispiel ein Bescheid der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörde.

Deckungskapital: Es berechnet sich aus dem Unterschiedsbetrag zwischen

Wenn wir auszahlen, müssen Sie uns den \nearrow Versicherungsschein einreichen.

36.2 Wie wirken sich die Kosten auf den \nearrow Rückkaufswert aus?

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In den ersten Jahren Ihres Vertrages ist der \nearrow Rückkaufswert geringer als die Summe der eingezahlten Beiträge. Das liegt an den eingerechneten einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie den übrigen Kosten (22.4). Auch in den folgenden Jahren erreicht der \nearrow Rückkaufswert nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.

Wenn Sie regelmäßige Beiträge zahlen, gilt: Wenn wir das \nearrow Deckungskapital berechnen, verteilen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die ersten fünf Jahre des Vertrags, höchstens auf die vereinbarte \nearrow Beitragszahlungsdauer. Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 Prozent der Summe der vereinbarten Beiträge. Für die Übernahme der Beiträge bei Berufsunfähigkeit betragen die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten höchstens 2,5 Prozent der Summe der vereinbarten \nearrow Tarifbeiträge.

a) den zukünftig von uns zu erbringenden Versicherungsleistungen sowie den aufzuwendenden Kosten und
 b) den zukünftig von Ihnen zu zahlenden Beiträgen für diesen Vertrag. Diesen Betrag berechnen wir für jedes Jahr. Die zukünftigen Versicherungsleistungen, Kosten und Beiträge berechnen wir wie folgt: Nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den für die Berechnung der Beiträge oder Leistungen verwendeten \nearrow Rechnungsgrundlagen.

Deckungsrückstellung: Eine Deckungsrückstellung wird für jeden einzelnen Vertrag gebildet. Sie gibt an, wie hoch die Verpflichtung aus dem Vertrag gegenüber dem \nearrow Versicherungsnehmer ist.

Entgeltumwandlung: Wenn ein Arbeitnehmer Teile seines Arbeitsentgelts in eine betriebliche Altersversorgung umwandelt, zum Beispiel in eine Direktversicherung.

Erklärungen: Haben einen rechtlichen Charakter, zum Beispiel Anfechtungen, Kündigungen.

Fahrlässig: Sie handeln fahrlässig, wenn Sie die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt nicht beachten.

Grob fahrlässig: Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maß nicht beachten. Sie stellen schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht an. Sie beachten in der gegebenen Situation nicht, was jedem einleuchten muss.

Höchstrichterliche Entscheidung: Ein Urteil oder ein Beschluss eines Bundesgerichts, zum Beispiel ein Urteil des Bundesgerichtshofs oder des Bundesverwaltungsgerichts.

Juristische Person: Zum Beispiel eine Aktiengesellschaft (AG), eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder ein Verein.

Leistungsdauer: Der Zeitraum, bis zu dessen Ende wir unsere Leistung längstens erbringen.

Mitversicherte Person: Die Person, die wir zusätzlich zur \nearrow versicherten Person versichern. Sie kann zum Beispiel eine Hinterbliebenen-Rente erhalten, wenn die \nearrow versicherte Person stirbt.

Natürliche Person: Eine „natürliche Person“ ist ein Mensch. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei einer \nearrow „juristischen Person“ zum Beispiel um Kapitalgesellschaften.

Rechnungsgrundlagen: Sie dienen dazu, die Beiträge und die Leistungen zu berechnen. Sie bestehen aus drei Punkten: a) aus den Annahmen zu den Wahrscheinlichkeiten der versicherten Risiken, zum Beispiel: Wie wahrscheinlich ist es, in einem bestimmten Alter zu sterben oder berufsunfähig zu werden?, b) den Kosten, um den Betrieb der Versicherung und die Vermittlung des Vertrags zu bezahlen und c) dem \nearrow Rechnungszins.

Rechnungszins: Der jährliche Zinssatz, mit dem wir die Beiträge und Leistungen berechnen. Er ist gesetzlich begrenzt.

Rechnungsmäßiges Alter: Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist der Unterschied zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Beispiel: Geboren im Jahr 1976, Beginn des Vertrags im Jahr 2017: das rechnungsmäßige Alter ist $2017 - 1976 = 41$ Jahre.

Risikozuschlag: Ein Aufschlag auf den Beitrag. Diesen verlangen wir,
 a) wenn der Gesundheitszustand der \nearrow versicherten Person schlechter ist als bei den \nearrow Rechnungsgrundlagen angenommen oder
 b) die versicherte Person ein sonstiges risikoerhöhendes Merkmal aufweist, zum Beispiel eine gefährliche Sportart betreibt.

Rückkaufswert: Der Rückkaufswert ist das \nearrow Deckungskapital der Versicherung. Wenn Sie regelmäßig Beiträge zahlen, ist der Rückkaufswert mindestens der Betrag des \nearrow Deckungskapitals, das sich ergibt, wenn wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten

- in den ersten fünf Jahren ab Vertragsbeginn in gleiche Teilbeträge aufteilen oder
- über die gesamte \nearrow Beitragszahlungsdauer in gleiche Teilbeträge aufteilen, wenn die \nearrow Beitragszahlungsdauer weniger als fünf Jahren beträgt.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB): Rückstellung, aus der wir die Überschüsse zuteilen. Unsere Erträge führen wir zunächst der RfB zu. Zu diesem Zeitpunkt sind die Erträge noch nicht den Verträgen gutgeschrieben. Die RfB dient als Puffer, um schwankende Erträge auszugleichen. Erst wenn wir aus der RfB die Überschüsse zuteilen, gehören sie unseren \nearrow Versicherungsnehmern.

Schriftlich: Zum Beispiel per eigenhändig unterschriebenem Brief.

Schriftliche Annahmeerklärung: Ein Schreiben von uns an Sie, mit dem wir Ihren Antrag auf Abschluss der Versicherung annehmen.

Sterbe- und Wahrscheinlichkeitstafeln: Unsere Annahmen über die Sterblichkeit und den Eintritt anderer Risiken, zum Beispiel Berufsunfähigkeit.

Tarifbeitrag: Der Beitrag für Ihren Versicherungsschutz. Der tatsächlich zu zahlende Beitrag kann sich durch Überschüsse vermindern.

Textform: Zum Beispiel eine E-Mail. Es ist keine eigenhändige Unterschrift erforderlich.

Treuhänder: Eine zuverlässige und vom Versicherungsunternehmen unabhängige Person mit Spezialkenntnissen. Sie prüft Sachverhalte und schlägt Entscheidungen vor.

Unverschuldet: Bedeutet, dass Sie weder \nearrow vorsätzlich noch \nearrow fahrlässig gehandelt haben.

Unverzüglich: Bedeutet nicht unbedingt sofort, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“ beziehungsweise so schnell wie eben möglich.

Unzumutbare Härte: Bedeutet, dass es für Sie oder uns untragbar ist, am Vertrag weiter festzuhalten.

Versicherte Person: Die Person, die wir im Hinblick auf die Risiken Altersrente, Berufsunfähigkeit oder Tod versichern.

Versicherungsdauer: Wenn innerhalb dieses Zeitraums der \nearrow Versicherungsfall eintritt, erbringen wir unsere Leistung.

Versicherungsfall: Wenn ein Umstand eintritt, der eine vertraglich geschuldete Leistung durch uns auslöst. Zum Beispiel: die versicherte Person wird berufsunfähig.

Versicherungsjahr / Versicherungsjahrestag: Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginn der Versicherung und dauert dann 12 Monate. Es dauert weniger als 12 Monate, wenn der Monat des Versicherungsbeginns vom Monat des geplanten Rentenbeginns abweicht. Dann endet das Versicherungsjahr zum Monat des geplanten Rentenbeginns. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Beginn der Versicherung ist der 1.2., dann endet das Versicherungsjahr am 1.2. des folgenden Jahres. Den 1.2. nennen wir auch Versicherungsjahrestag.

Versicherungsnehmer: Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Er schließt den Vertrag ab und erhält den \nearrow Versicherungsschein.

Versicherungsschein: Eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags schicken wir Ihnen den Versicherungsschein. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel das versicherte Risiko, den Beginn und die Dauer der Versicherung. Heben Sie Ihren Versicherungsschein gut auf.

Vertragsdauer: Das ist der Zeitraum, in dem unser Vertrag besteht. Die Vertragsdauer ist etwas anderes als die \nearrow Versicherungsdauer, beide Zeiträume können aber übereinstimmen.

Vorsätzlich: Vorsätzlich handelt, wer ein bestimmtes Ergebnis will, und

- entweder den Eintritt eines Ergebnisses für sicher hält
- oder den Eintritt eines Ergebnisses für möglich hält und ihn bewusst in Kauf nimmt.

Widerrechtlich: Zum Beispiel gegen Gesetze, Verordnungen oder Verträge verstoßend.

Gebührentabelle für konventionelle Renten-, Pflege-, Risiko- und Berufsunfähigkeitsversicherungen

Die folgenden Gebühren werden entweder mit der Deckungsrückstellung oder bei der Zuteilung künftiger Überschussanteile mit diesen verrechnet oder zusammen mit der Beitragszahlung fällig.

▶ Ausstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein	30 EUR
▶ Durchführung von Vertragsänderungen (mit Ausnahme von vollständiger Beitragsfreistellung und vollständiger Kündigung)	30 EUR pro Vertragsänderung
▶ Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen (sofern diese vertraglich nicht ausgeschlossen sind)	30 EUR pro Bearbeitungsvorgang
▶ Bearbeitung von Weiterabtretungen (Weiterzession, sofern diese vertraglich nicht ausgeschlossen ist)	50 EUR pro Weiterabtretung
▶ Individuelle Werteanfragen zusätzlich zur regelmäßigen Information	0 EUR
▶ Neuaufeilung der Anlagebeiträge (Anlagesplitting) oder Fondswechsel (Umschichtung) bei einem Geldwert der Fondsanteile von <u>weniger</u> als 1.000 EUR	30 EUR pro Änderung
▶ Neuaufeilung der Anlagebeiträge (Anlagesplitting) oder Fondswechsel (Umschichtung) bei einem Geldwert der Fondsanteile von <u>mindestens</u> 1.000 EUR	Bis zu 12 Änderungen pro Kalenderjahr sind gebührenfrei, dann 30 EUR für jede weitere Änderung
▶ Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren, diese Gebühr dient auch der Verrechnung der uns von Ihrem Kreditinstitut in Rechnung gestellten Kosten	7,50 EUR
▶ Mahnverfahren bei Beitragsrückständen	5 EUR pro Mahnung

Wir weisen darauf hin, dass nicht alle Gebührenarten auf die jeweilige Versicherung zutreffen müssen.

Wir behalten uns vor, die in der Gebührentabelle genannten Gebühren bzw. die Anzahl der gebührenfreien Vorgänge in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. in angemessener Höhe neu festzulegen. Über Änderungen werden wir Sie informieren.

Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung

1 Wer ist Ihr Vertragspartner?

Basler Lebensversicherungs-AG
 Ludwig-Erhard-Straße 22
 20459 Hamburg

Telefon: 040 3599-7711
 Telefax: 040 3599-3636
 E-Mail: kunde@basler.de
 Internet: www.basler.de

Sitz: Hamburg
 Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE 276021973
 Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4659

2 Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit?

Wir bieten hauptsächlich Versicherungsprodukte für die Risikoabsicherung und Altersversorgung an.

Hierzu gehören

- klassische Lebens- und Rentenversicherungen,
- fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen,
- Risikoversicherungen,
- Berufsunfähigkeitsversicherungen und
- Pflege-Rentenversicherungen.

3 Wie sind Ihre Ansprüche über eine Sicherheitseinrichtung abgesichert?

Die Basler Lebensversicherungs-AG gehört dem gesetzlichen Sicherungsfonds an.

Dieser schützt die Ansprüche

- von Ihnen,
- der versicherten Personen,
- der Bezugsberechtigten und
- sonstiger aus dem Vertrag begünstigter Personen.

Die Aufgaben und Befugnisse des gesetzlichen Sicherungsfonds für die Lebensversicherer wurden übertragen auf:

Protector Lebensversicherungs-AG
 Wilhelmstraße 43 G
 10117 Berlin
 Internet: www.protector-ag.de

4 Wie kommt Ihr Vertrag zustande?

Ihr Vertrag kommt zustande, wenn

- Sie einen Antrag bei uns stellen und
- wir diesen durch Versand eines Versicherungsscheines oder eine schriftliche Annahmeerklärung annehmen.

Es gibt keine vereinbarte Frist, bis zu deren Ablauf Sie an Ihren Antrag gebunden sind.

5 Welches Recht und welche Vertragssprache wenden wir an?

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Die Versicherungsbedingungen und alle weiteren Informationen erhalten Sie in deutscher Sprache. Auch während der Vertragslaufzeit verständigen wir uns mit Ihnen in Deutsch.

6 Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Ihr Vermittler und die Mitarbeiter der Basler Versicherungen beraten Sie umfassend und kompetent.

Sollten Sie dennoch einmal unzufrieden sein, haben Sie folgende Möglichkeiten:

- a. Rufen Sie unseren Kundenservice an:
 Telefon: 040 3599-7711
- b. Schreiben Sie uns:
 Basler Lebensversicherungs-AG
 22797 Hamburg
 E-Mail: kunde@basler.de
- c. Darüber hinaus können Sie sich auch an diese außergerichtliche Schlichtungsstelle für Verbraucher wenden:
 Versicherungsombudsmann e.V.
 Postfach 08 06 32
 10006 Berlin
 E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
 Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Wir sind Mitglied beim Versicherungsombudsmann e.V. Wenn Sie sich an diese Schlichtungsstelle wenden, beteiligen wir uns an dem Verfahren. Außerdem erkennen wir eine Entscheidung des Versicherungsombudsmann e.V. an.

- d. Sie können sich auch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:
 Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
 Graurheindorfer Straße 108
 53117 Bonn
 E-Mail: poststelle@bafin.de
 Internet: www.bafin.de

Unabhängig von einer Beschwerde können Sie den Rechtsweg beschreiten.

7 Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können Ihren Vertrag jederzeit kündigen. Ihre Kündigung wird dann zum nächsten Zahlungsabschnitt wirksam. Wenn Sie keine Beiträge mehr zahlen, wird Ihre Kündigung zum nächsten Monatsersten wirksam.

Zu den Folgen einer Kündigung lesen Sie bitte die Versicherungsbedingungen.

Pflegeoption

Mit der Pflegeoption können Sie bei uns eine Pflege-Rentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung abschließen. Damit ergänzen Sie Ihre Altersvorsorge um eine wichtige private Zusatzabsicherung für den Pflegefall. Diese Option ist für Sie kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen.

1 Was ist die Pflegeoption?

Mit der Pflegeoption können Sie oder die versicherte Person unter bestimmten Voraussetzungen eine Pflege-Rentenversicherung für die versicherte Person abschließen. Dabei prüfen wir die Gesundheit der versicherten Person nicht.

2 Unter welchen Voraussetzungen prüfen wir die Gesundheit der versicherten Person nicht?

Wir prüfen die Gesundheit der versicherten Person nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Sie schließen die Pflege-Rentenversicherung gleichzeitig mit dem Beginn einer lebenslangen Altersrente aus diesem Vertrag ab,
- die versicherte Person ist zu diesem Zeitpunkt zwischen 60 und einschließlich 67 Jahre alt,
- Ihr Vertrag bestand zu diesem Zeitpunkt mindestens 12 Jahre und
- Sie haben für mindestens zwei Drittel der vereinbarten Beitragszahlungsdauer Beiträge gezahlt.

Die Pflege-Rentenversicherung sieht Leistungen für mindestens einen der beiden folgenden Fälle vor:

- a. Die versicherte Person bedarf täglich der Hilfe einer anderen Person, und zwar
 - zumindest in einem erheblichen Maß und
 - für mindestens vier dieser täglichen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen:
 - Sich in einem Zimmer zu bewegen,
 - Aufstehen und Zubettgehen,
 - sich an- und auszukleiden,
 - Mahlzeiten und Getränke einzunehmen,
 - sich zu waschen oder
 - auf Toilette zu gehen.
- b. Die versicherte Person muss infolge Demenz in mindestens erheblichem Maße
 - täglich beaufsichtigt werden,
 - zu den in a. aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens angeleitet werden oder
 - ständig beaufsichtigt werden, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

3 Welche weiteren Regelungen gelten?

Sie können für die Pflege-Rentenversicherung laufende Beiträge zahlen. Dann darf die versicherte Pflege-Rente

- höchstens fünfmal so hoch sein wie die Altersrente, die wir aus diesem Vertrag zahlen, und
- höchstens 1.500 EUR monatlich betragen.

Die Pflege-Rentenversicherung bieten wir Ihnen auch gegen Einmalbeitrag an. Sie können in diesem Fall höchstens eine Pflege-Rente von monatlich 1.500 EUR versichern.

Wir können die höchstens versicherbare Pflege-Rente reduzieren, wenn für die versicherte Person

- bereits eine andere private Pflege- oder Pflegeanwartschaftsversicherung besteht oder
- diese beantragt wurde.

Dann dürfen wir die Pflege-Rente um die bestehende oder beantragte andere Pflege-Rente kürzen.

4 Wann erlischt die Pflegeoption?

Die Pflegeoption erlischt in folgenden Fällen:

- a. Für die versicherte Person wurde bereits einmal eine Leistung beantragt wegen
 - Berufsunfähigkeit,
 - Grundunfähigkeit,
 - Erwerbsunfähigkeit,
 - Erwerbsminderung,
 - Dienstunfähigkeit oder
 - Pflegebedürftigkeit.
- b. Die versicherte Person ist schwerbehindert oder hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.
- c. Die versicherte Person bedarf der Hilfe für eine der in 2 a. beschriebenen täglichen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen.
- d. Die versicherte Person muss in mindestens erheblichem Maße
 - täglich beaufsichtigt werden,
 - weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.
 Dieser Zustand muss durch die Störung der Hirnleistung herbeigeführt worden sein.
- e. Sie kündigen Ihren Vertrag.

Wenn Sie die Pflegeoption ausüben, dürfen wir prüfen, ob einer der genannten Fälle vorliegt. Außerdem können wir von Ihnen Nachweise verlangen, dass keiner der genannten Fälle vorliegt.

5 Wie ist das Verhältnis der Pflegeoption zu Ihrer Rentenversicherung?

Wenn Sie die Pflegeoption ausüben, schließen Sie eine rechtlich selbstständige Pflege-Rentenversicherung ab. Die Pflege-Rentenversicherung ist völlig unabhängig von einem anderen Vertrag.

Steuer- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen zur Direktversicherung

Die nachfolgenden Informationen bieten Ihnen eine allgemeine Übersicht und beruhen auf den am 01.01.2015 geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Sie können eine individuelle steuerliche Beratung nicht ersetzen.

1 Was ist eine Direktversicherung?

Die Direktversicherung ist eine Form der betrieblichen Altersversorgung. Dazu schließt der Arbeitgeber für seinen Arbeitnehmer eine Rentenversicherung ab. Der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen sind für die Versicherungsleistungen bezugsberechtigt.

Der Arbeitgeber kann laufende Beiträge oder einen einmaligen Beitrag zahlen. Die Beiträge können

- vom Arbeitgeber allein,
- vom Arbeitnehmer über eine Entgeltumwandlung oder
- von beiden (Mischfinanzierung) finanziert werden.

2 Wie werden die Beiträge steuerlich behandelt?

2.1 Beim Arbeitgeber

Der Arbeitgeber kann die Beiträge zur Direktversicherung als Betriebsausgaben abziehen.

Die Beiträge sind umsatzsteuerfrei.

Die Ansprüche aus der Direktversicherung sind in der Regel nicht zu aktivieren und gehören nicht zum Betriebsvermögen.

2.2 Beim Arbeitnehmer

Die Beiträge zur Direktversicherung werden grundsätzlich wie Arbeitslohn behandelt. Da eine Direktversicherung jedoch der Altersversorgung dient, werden die Beiträge nach § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) steuerlich gefördert.

Folgende Beiträge können je Kalenderjahr pro Arbeitnehmer steuerfrei in eine Direktversicherung eingezahlt werden:

- 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung.
- Zusätzlich 1.800 EUR, sofern keine Beiträge zu einer bereits vor 2005 bestehenden betrieblichen Altersversorgung pauschal versteuert werden (nach der am 31.12.2004 geltenden Fassung des § 40b EStG).

Folgende Voraussetzungen gelten für die steuerliche Förderung:

- Der Arbeitnehmer ist in einem ersten Dienstverhältnis beschäftigt (nicht Steuerklasse VI).
- Die Direktversicherung sieht grundsätzlich einen Rentenbeginn frühestens zum 62. Lebensjahr vor.
- Für die nach § 3 Nr. 63 EStG geförderten Beiträge kann nicht gleichzeitig eine Förderung nach §§ 10a, 79 ff. EStG („Riester-Rente“) in Anspruch genommen werden.

Wenn Sie frühzeitig das Kapitalwahlrecht ausüben, werden künftige Beiträge nicht mehr steuerlich gefördert.

Wenn das Arbeitsverhältnis endet, kann aus diesem Anlass folgender einmaliger Beitrag in eine Direktversicherung eingezahlt werden:

- 1.800 EUR vervielfältigt mit der Anzahl der Kalenderjahre, in denen das Arbeitsverhältnis bestanden hat,
- vermindert um steuerfreie Beiträge, die der Arbeitgeber
 - in dem Kalenderjahr, in dem das Arbeitsverhältnis beendet wird, und
 - in den sechs vorangegangenen Kalenderjahren erbracht hat.

Kalenderjahre vor 2005 werden dabei jeweils nicht berücksichtigt.

3 Wie werden die Beiträge in der Sozialversicherung behandelt?

Die steuerlich geförderten Beiträge sind bis zu 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung sozialversicherungsfrei. Dies regelt § 1 Abs. 1 Nr. 9 der Sozialversicherungsentgeltverordnung (SvEV).

Der zusätzliche Förderbetrag von 1.800 EUR ist generell sozialversicherungspflichtig.

Geringere Beiträge zur Sozialversicherung können zu reduzierten Ansprüchen führen.

4 Wie werden die Leistungen steuerlich behandelt?

Die Leistungen müssen vom Versorgungsberechtigten voll versteuert werden („Sonstige Einkünfte“ gemäß § 22 Nr. 5 EStG). Dies gilt, soweit sie auf steuerfreien Beiträgen nach § 3 Nr. 63 EStG beruhen.

Folgende Beträge können die zu versteuernden Einkünfte mindern:

- Werbungskostenpauschbetrag (§ 9a Nr. 3 EStG),
- Sonderausgabenpauschbetrag (§ 10c EStG) und
- Altersentlastungsbetrag (§ 24a EStG).

5 Wie werden die Leistungen in der Sozialversicherung behandelt?

Auf die Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung müssen die Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen die vollen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zahlen.

6 Welche Mitteilungspflichten und Besonderheiten gelten bei einer Steuerpflicht?

Wenn Sie oder eine andere am Vertrag beteiligte Person in Deutschland, den USA oder einem anderen Land steuerpflichtig sind, gilt: Diese Person muss die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag möglicherweise gegenüber den deutschen oder ausländischen Behörden deklarieren.

Bitte beachten Sie: Wir können im gesetzlichen Rahmen Daten an deutsche oder ausländische Steuerbehörden weitergeben.

Verbraucherinformation zur betrieblichen Altersversorgung

- Welche Risiken bestehen bei dem Altersversorgungssystem?
- Wie ist die Lage der Basler Lebensversicherungs-AG?

1 Welche Risiken bestehen bei dem Altersversorgungssystem?

Mit Ihrer betrieblichen Altersversorgung über eine Direktversicherung haben Sie sich für eine sichere und rentable Vorsorge entschieden. Durch eine vorsichtige Kalkulation und eine umsichtige Kapitalanlage minimieren wir mögliche Risiken. Das führt in der Regel zu Überschüssen, an denen wir Sie beteiligen.

1.1 Welche versicherungstechnischen Risiken gibt es?

In der Lebensversicherung bestehen insbesondere folgende versicherungstechnischen Risiken:

- Die versicherten Risiken treten in höherem Umfang ein, als wir in die Beiträge eingerechnet haben.
- Wir erzielen weniger Erträge aus Kapitalanlagen, als wir für den Garantiezins benötigen.
- Die Kosten entwickeln sich ungünstiger, als wir in die Beiträge einkalkuliert haben.
- Es werden mehr Verträge vorzeitig beendet, als wir angenommen haben.

Es gehört jedoch zu unserer Kernkompetenz, dass wir diese Risiken beherrschen. Um die versicherungstypischen Risiken zu reduzieren, prüfen wir Versicherungsanträge sorgfältig. Außerdem sichern wir Verträge zum Teil bei Rückversicherern ab.

Bei einer Rentenversicherung ist das Langlebkeitsrisiko von besonderer Bedeutung. Wenn es neue Erkenntnisse über die Lebenserwartung gibt, kann Folgendes erforderlich werden: Wir müssen zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zuführen.

1.2 Welche Kapitalmarktrisiken gibt es?

Kapitalmarktrisiken bestehen vor allem darin, dass sich die Kapitalmarktzinsen und Aktienkurse verändern. Diese Risiken reduzieren wir, indem wir die Kapitalanlagen breit streuen und in unterschiedlichen Vermögenswerten investieren. Dabei achten wir darauf, dass die Kapitalanlage rentabel ist. Es bestehen keine wesentlichen Kredit- oder Währungsrisiken.

Bei einer fondsgebundenen Rentenversicherung werden Teile Ihres Beitrages in Fonds angelegt. Sie haben die Chance, dass Ihr Vertragsvermögen wächst, wenn die Kurse steigen. Sie tragen aber auch das Risiko, wenn die Kurse fallen und dadurch Ihr Vertragsvermögen sinkt. Beachten Sie hierzu bitte die Fondsinformationen.

2 Wie ist die Lage der Basler Lebensversicherungs-AG?

2.1 Wie hat sich das Neugeschäft entwickelt?

Die Basler Lebensversicherungs-AG verzeichnete im Jahr 2016 ein stark wachsendes Neugeschäft. Das eingelöste Neugeschäft betrug nach laufendem Beitrag 26,7 Mio. EUR (Vorjahr: 16,2 Mio. EUR) und gegen Einmalbeitrag 57,0 Mio. EUR (Vorjahr: 53,4 Mio. EUR).

Vom eingelösten Neugeschäft nach laufendem Beitrag betrug der Anteil fondsgebundener Versicherungen 55,3%. Berufs-

unfähigkeits-Versicherungen hatten einen Anteil von 35,4% und konventionelle Renten- und Pflege-Rentenversicherungen hatten einen Anteil von 7,9%.

2.2 Wie hat sich der Bestand entwickelt?

Zum Jahresende 2016 hatte die Basler Lebensversicherungs-AG 698.074 Verträge (Vorjahr: 720.813 Verträge) im Bestand.

Der Gesamtbestand nach laufendem Beitrag betrug 456,6 Mio. EUR (Vorjahr: 462,1 Mio. EUR). Grund für den Rückgang gegenüber dem Vorjahr ist, dass das steigende Neugeschäft den Abgang an Verträgen nicht ausgleichen kann.

Der Bestand an Einzel-Kapitalversicherungen nach laufendem Beitrag fiel um 10,4% infolge des eingestellten Neugeschäfts bei gleichzeitig gestiegenen Abläufen. Bei den Risiko-Todesfallversicherungen nach laufendem Beitrag fiel der Bestand um 1,5%. Bei den Einzel-Rentenversicherungen (einschließlich Berufsunfähigkeits- und Pflege-Rentenversicherungen) stieg der Bestand um 3,3%. Bei diesen Versicherungen konnte das stark gestiegene Neugeschäft die Abgänge ausgleichen. Der Bestand an fondsgebundenen Versicherungen nach laufendem Beitrag stieg um 0,7%.

2.3 Wie haben sich die Kapitalanlagen und die Kapitalerträge entwickelt?

Der Bestand an Kapitalanlagen für das konventionelle Versicherungsgeschäft sank in 2016 von 7.009,6 Mio. EUR auf 6.906,2 Mio. EUR. Wir investieren überwiegend in festverzinsliche Kapitalanlagen.

Die Nettoverzinsung in 2016 betrug 3,7% (Vorjahr: 5,4%). Die durchschnittliche Nettoverzinsung der Jahre 2014 bis 2016 belief sich auf 4,7%. 2016 sind die gesamten Bewertungsreserven von 879,3 Mio. EUR bzw. 12,6% der Kapitalanlagen auf 1.023,7 Mio. EUR bzw. 14,8% der Kapitalanlagen gestiegen.

Die Kapitalanlage erfolgt ohne besondere Berücksichtigung ethischer, sozialer und ökologischer Belange.

Der Bestand an Kapitalanlagen im fondsgebundenen Geschäft stieg in 2016 von 1.598,1 Mio. EUR um 7,7% auf 1.721,8 Mio. EUR.

2.4 Wie hoch sind die Abschluss- und Verwaltungskosten?

In 2016 betrug die Abschlusskostenquote 6,0% der Beitragssumme des Neugeschäftes (Vorjahr 6,5%). Die Verwaltungskostenquote betrug 2,9% (Vorjahr 2,7%).

2.5 Wünschen Sie weitere Informationen?

Auf Wunsch können Sie bei uns den aktuellen Geschäftsbericht oder weitere Informationen anfordern.

Ihr kompetenter Ansprechpartner



Basler Lebensversicherungs-AG
Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg

Telefon 0 40/35 99-77 11
Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr