

Versicherungsbedingungen für die Fondsgebundene Lebensversicherung nach Tarif 43 – 1000PLUS

Inhaltsverzeichnis	Seite
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Fondsgebundene Lebensversicherung nach Tarif 43	2
Besondere Bedingungen für die Fondsgebundene Lebensversicherung nach Tarif 43 – 1000PLUS mit Tariferläuterungen	9
Besondere Versicherungsbedingungen für die Garantiefonds DWS FlexPension	11
Bedingungen für die Fondsgebundene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	13
Besondere Bedingungen für die Fondsgebundene Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Prämien und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (dynamische Anpassung)	16
Steuerinformationen	17

Sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer sind Sie Vertragspartner der ASPECTA Lebensversicherung AG, nachfolgend auch ASPECTA genannt; für das Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

§ 1 Was ist das Besondere einer Fondsgebundenen Versicherung?

- (1) Die Fondsgebundene Lebensversicherung bietet Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Investmentfonds oder an Anlageportfolios (Anlagestock/Anlagestöße). Ein Anlageportfolio ist ein aus Investmentfonds zusammengesetztes Depot, das nach festgelegten Anlagegrundsätzen geführt wird. Die Anlagestöße werden gesondert vom übrigen Vermögen der ASPECTA überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteilinheiten aufgeteilt.
- (2) Da die Entwicklung der Werte der Anlagestöße nicht vorauszu-sehen ist, kann die ASPECTA den Wert der Leistung – außer im Todesfall – nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerung der Wertpapiere der Anlagestöße einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgang tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Bei Fremdwährungsfonds unterliegen die Währungskurse Schwankungen und können den Wert der Anlagen beeinflussen. Im Todesfall ist jedoch die vereinbarte Todesfall-Leistung garantiert.
- (3) Die Versicherungsleistungen sind vom Wert der insgesamt gutgeschriebenen Anteilinheiten der gewählten Investmentfonds oder Anlageportfolios (Fondsvermögen) abhängig. Das Fondsvermögen Ihrer Versicherung ergibt sich aus der Zahl der auf die Versicherung entfallenden Anteilinheiten. Der Wert des Fondsvermögens der Versicherung wird dadurch ermittelt, dass die Zahl der Anteilinheiten Ihrer Versicherung mit dem am Stichtag des Vormonats ermittelten Wert einer Anteilinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird.

§ 2 Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

- (1) Versicherungsschutz besteht für die erste versicherte Person (nachfolgend versichertes Kind), die mitversicherte Person (nachfolgend mitversicherter Versorger) und optional eine weitere mitversicherte Person (nachfolgend zweiter mitversicherter Versorger).
- (2) Erlebt das versicherte Kind den Beginn der flexiblen Entnahmephase, kann über das angesammelte Fondsvermögen jederzeit verfügt werden. Die flexible Entnahmephase beginnt nach Ablauf der vereinbarten Prämienzahlungsdauer, frühestens jedoch nach zehn Versicherungsjahren (Aufbauphase), und endet spätestens mit Vollendung des 80. Lebensjahres des versicherten Kindes. Die Auszahlung bei Erreichen der flexiblen Entnahmephase kann – auch teilweise – zu frei wählbaren Terminen stattfinden, längstens bis zu dem Zeitpunkt, in dem das Fondsvermögen vollständig abgerufen wurde, das Fondsvermögen den Betrag von 2.500 EUR unterschreitet oder das versicherte Kind das 80. Lebensjahr vollendet. Die Leistung erbringen wir in Wertpapieren bzw. als Geldleistung in EUR bei der Veranlagung in Anlageportfolios. Auszahlungen können als Einmalzahlung oder als lebenslange Rentenzahlungen erfolgen. Für die teilweise Auszahlung gilt ein Mindestbetrag von 2.500 EUR; für die Verrentung muss der Wert der jährlichen Rente mindestens einen Betrag von 300 EUR erreichen.
- (3) Stirbt das versicherte Kind, besteht die Versicherungsleistung in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagestöße in Höhe des Fondsvermögens der Versicherung zuzüglich der Mindestrisikosumme; mindestens wird jedoch die vereinbarte Mindesttodesfallsumme gezahlt. Die Mindestrisikosumme beträgt 5 Prozent der Prämien-summe, die Mindesttodesfallsumme 10 Prozent der Prämien-summe. Bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des versicherten Kindes ist der Todesfallschutz auf die Summe der bis dahin eingezahlten Prämien beschränkt, höchstens jedoch werden 6.000 EUR ausgezahlt. Stirbt das versicherte Kind vor dem rechnungsmäßigen Alter von 16 Jahren, wird als versicherte Leistung die vereinbarte Todesfallsumme, jedoch höchstens 6.000 EUR ausgezahlt. Bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres werden auf diese Höchsttodesfallsumme alle weiteren Versicherungen auf das Leben desselben Kindes und alle Versicherungsleistungen auch anderer Versicherer an-

gerechnet. Der Vertrag wird im Fall des Todes des versicherten Kindes planmäßig bis zu dem Zeitpunkt fortgeführt, in dem das versicherte Kind das rechnungsmäßige Alter von 16 Jahren erreicht hätte, längstens jedoch bis der mitversicherte Versorger das Alter von 70 erreicht. Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann der Vertrag im Fall des Todes des versicherten Kindes auch vorzeitig beendet werden, ein Abzug nach § 18 Abs. 2 wird in diesem Fall nicht erhoben.

- (4) Stirbt der mitversicherte Versorger, übernimmt die ASPECTA die Prämienzahlung für diesen Versicherungsvertrag bis zu dem Termin, an dem entweder (je nachdem, was zuerst eintritt)
 - a) die vereinbarte Prämienzahlungsdauer endet, oder
 - b) das versicherte Kind das Alter von 27 erreicht, oder
 - c) der mitversicherte Versorger theoretisch das Alter von 70 erreicht hätte, oder
 - d) das versicherte Kind stirbt.

Zusätzlich wird bei Tod des mitversicherten Versorgers,

- a) bevor das versicherte Kind das Alter von 27 erreicht, oder
- b) bevor der mitversicherte Versorger das Alter von 70 erreicht.

einmal ein Betrag in Höhe der vereinbarten Mindesttodesfallsumme (10 Prozent der Prämien-summe) geleistet. Bei Mitversicherung eines weiteren Versorgers wird diese Leistung jedoch nur einmal fällig.

Eine vereinbarte Dynamik von Prämie und Versicherungsleistungen wird während der Übernahme der Prämienzahlung durch die ASPECTA nicht mehr fortgeführt. Nach Ablauf der Leistungspflicht nach Abs. 4 wird die Versicherung bis zum Ende der vereinbarten Prämienzahlungsdauer wieder prämienzahlungspflichtig.

- (5) Beim gleichzeitigen Tod des versicherten Kindes und des mitversicherten Versorgers werden die Versicherungsleistungen nach Abs. 3 und 4 fällig, der Anspruch auf Prämienübernahme durch die ASPECTA entfällt und die Versicherung erlischt.
- (6) Wurde optional ein zweiter mitversicherter Versorger eingeschlossen (vgl. § 19 Abs. 1), übernimmt die ASPECTA die Prämienzahlung und zahlt die Einmalleistung gem. Abs. 4 beim Tod des zuerst sterbenden mitversicherten Versorgers.
- (7) Versicherungsleistungen werden als Geldleistung in EUR gezahlt. Der Anspruchsberechtigte kann verlangen, dass wir ihm anstelle der Geldleistung das Fondsvermögen in Wertpapieren übertragen. Zur Ausübung dieses Wahlrechts werden wir ihn auffordern. Die Aufforderung erfolgt an die letzte bekannte Anschrift. Wenn der Anspruchsberechtigte nicht unverzüglich die Leistung in Wertpapieren verlangt, zahlt der Versicherer die Versicherungsleistung als Geldleistung aus. Im Zweifel kann der Versicherer befreiend in EUR leisten. Eine Übertragung der Wertpapiere bei Anlage in Anlageportfolios ist nicht möglich.
- (8) Versicherungsleistungen, die in Investmentfonds erbracht werden, werden nach dem Wert des Fondsvermögens bemessen. Dieser Wert verringert sich noch um die der Gesellschaft von der depotführenden Stelle hierfür in Rechnung gestellten Gebühren (vgl. § 15). Der Wert der Investmentfonds wird zu dem in Abs. 11 genannten Stichtag ermittelt. Ein Fondsvermögen bis zur Höhe von 500 EUR wird als Geldleistung erbracht.
- (9) Endet Ihre Versicherung durch Ablauf oder Kündigung, wird zur Ermittlung des EUR-Werts des Fondsvermögens der Stichtag des letzten Versicherungsmonats zugrunde gelegt. Endet Ihre Versicherung durch Tod des versicherten Kindes, wird der Stichtag des Monats herangezogen, in dem der Todesfall der ASPECTA bekannt geworden ist.
- (10) Wenn der Anspruchsberechtigte Geldleistungen (vgl. Abs. 7) erhält, behält sich die ASPECTA vor, den Wert des Fondsvermögens erst zu ermitteln, nachdem Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöße veräußert wurden. Diese Veräußerung nimmt die ASPECTA – unter Wahrung der Interessen aller Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Stichtag für die Berechnung des Wertes des Fondsvermögens in Abs. 11 keine Anwendung.
- (11) Als Stichtag gilt der letzte Börsentag des entsprechenden Monats.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt, wenn die erste Prämie (Einlösungsprämie) vollständig gezahlt ist und die ASPECTA die Annahme des Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins bestätigt hat und Sie weder dem Antrag widersprochen haben noch von dem Vertrag zurückgetreten sind. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.
- (2) Es besteht vorläufiger Sofortschutz nach folgenden Bestimmungen: Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Summen, höchstens auf 200.000 EUR bzw. 6.000 EUR für das versicherte Kind nach den Bestimmungen des § 2 Abs. 3, auch wenn insgesamt höhere Summen oder mehrere Anträge auf das Leben desselben Versicherten beantragt sind. Bei Berufsunfähigkeit beträgt die Prämienübernahme der ASPECTA aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung höchstens für eine Versicherungssumme von 200.000 EUR. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind. Der vorläufige Sofortschutz gilt, wenn
 - a) vorläufiger Sofortschutz beantragt wurde und
 - b) die Versicherten zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig sind, nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle stehen und
 - c) die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (§§ 9, 22 und 23) vorsehen und
 - d) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrages liegt und
 - e) die Einlösungsprämie für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Prämieinzug erteilt worden ist und
 - f) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer individuellen besonderen Vereinbarung abhängig gemacht haben und
 - g) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns angebotenen Tarife und Bedingungen bewegt und
 - h) die Versicherten bei Unterzeichnung des Antrages das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
 - i) der Antrag zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beim Versicherer eingereicht war.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei uns und nur, wenn Sie Ihrem Antrag nicht widersprochen haben. Der vorläufige Sofortschutz endet, wenn

- a) wir Ihren Antrag ablehnen oder
- b) wir den vorläufigen Sofortschutz für beendet erklären oder
- c) Sie Ihrem Antrag widersprochen haben oder Sie vom Vertrag zurückgetreten sind oder
- d) der Einzug der Einlösungsprämie nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist,

spätestens jedoch zwei Monate nach Antragstellung.

Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die auf die Leistung entfallende erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

Unsere Leistungspflicht aus dem vorläufigen Sofortschutz ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, die vor Antragstellung erkennbar geworden sind, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die den Versicherten bekannten ernstlichen Erkrankungen (z.B. Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs, der Wirbelsäule und der Gelenke, der Verdauungsorgane, Krebs, HIV-Infektionen/AIDS, psychische Erkrankungen oder chronische Erkrankungen) oder Unfallfolgen, wegen denen sie in den letzten zwölf Monaten vor Beginn des Sofortschutzes ärztlich beraten oder behandelt worden sind. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.

Bei Selbsttötung der Versicherten (vgl. § 23) besteht Sofortschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Bei Tod der Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

kriegerischen Ereignissen oder Aufruhr, Aufstand oder Unruhen, soweit die Versicherten auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen haben, entfällt ein Leistungsanspruch.

Der vorläufige Sofortschutz gilt auch für die Versorger-Mitversicherung (vgl. § 19 Abs. 1) bis zu der in § 3 Abs. 2 angegebenen Summe. Auch eine eventuell eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für die versicherten Versorger ist mit dem in Abs. 2 angegebenen Betrag begrenzt.

§ 4 Können Sie vom Versicherungsvertrag zurücktreten?

Ihnen stehen gesetzliche Rücktrittsrechte zu.

§ 5 Wie werden Ihre Prämien verwendet?

- (1) Die ASPECTA führt die Prämie, soweit sie nicht zur Deckung der Abschluss- und Verwaltungskosten vorgesehen ist, entsprechend den mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen, den Anlagestöcken (vgl. § 1 Abs. 1) zu und rechnet ihn in Investmentfondsanteile oder Anteilseinheiten am Anlageportfolio um. Als Bewertungsstichtag gilt der letzte Börsentag des Monats vor Prämienfälligkeit. Die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmten, nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Risikoprämien entnimmt die ASPECTA monatlich dem Fondsvermögen.
- (2) Soweit die Erträge aus den in Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden (thesaurierende Fonds), fließen sie unmittelbar den Anlagestöcken zu und erhöhen damit den Wert der Anteilseinheiten. Erträge der Anlagestöcke, die ausgeschüttet werden, rechnet die ASPECTA in Anteilseinheiten um und schreibt sie den einzelnen Versicherungen gut. Für den Erwerb der Anteile werden keine Ausgabeaufschläge erhoben.

§ 6 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?

- (1) Die Prämien zu dieser Versicherung sind durch laufende Prämien für jede Versicherungsperiode zu entrichten. Die Versicherungsperiode beträgt ein Jahr. Je nach Vereinbarung können die Prämien in monatlichen, vierteljährlichen, halbjährlichen oder jährlichen Raten bezahlt werden.
- (2) Die Einlösungsprämie wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Prämien (Folgeprämien) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- (3) Die Prämien können nur im Lastschriftverfahren gezahlt werden. Die ASPECTA bucht sie jeweils bei Fälligkeit von dem von Ihnen angegebenen Konto ab.
- (4) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden etwaige Prämienrückstände verrechnet.

Prämien depot

- (5) Abweichend von den Bestimmungen des Abs. 1 können Sie zum Beginn des Vertrages oder während der Vertragslaufzeit Prämienvorauszahlungen für ein oder mehrere Jahre leisten. Die Prämienvorauszahlung darf höchstens dem diskontierten Betrag für die gesamte vereinbarte Laufzeit der Prämienzahlungsdauer entsprechen. Die Prämienvorauszahlung wird in einem Prämien depot angelegt, dem die für die Versicherung benötigten laufenden Prämien zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen entnommen werden. Auf die im Prämien depot angelegten Prämien werden Zinsen in Höhe des Depotzinssatzes gezahlt und diese dem Prämien depot gutgeschrieben. Den aktuellen Zinssatz können Sie bei der ASPECTA erfahren. Es gelten die besonderen Bedingungen für das Prämien depot.

§ 7 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsprämie

- (1) Wird die Einlösungsprämie nicht rechtzeitig bezahlt, so kann die ASPECTA vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn die ASPECTA ihren Anspruch auf die Einlösungsprämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend macht. Bei einem Rücktritt kann die ASPECTA von Ihnen neben den Kosten

einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung des Vertrages verlangen. Diese Gebühr beläuft sich auf 10 Prozent der Prämien des ersten Versicherungsjahres.

Folgeprämie

- (2) Wird eine Folgeprämie oder eine sonstige Prämie, die Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt, so erhalten Sie auf Ihre Kosten von der ASPECTA eine schriftliche Mahnung. Darin setzt die ASPECTA eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen wird die ASPECTA Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 8 Was ist ratsam, wenn Sie die Prämien zu Ihrer Versicherung nicht mehr zahlen können?

Wichtige Gründe, z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Prämien für Ihre Versicherung nicht mehr aufbringen können. Eine überstürzte Kündigung des Vertrages wäre sicherlich für Sie eine ungünstige Lösung. Sie können sich in einer solchen Situation rechtzeitig von der ASPECTA beraten lassen.

§ 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- (1) Die ASPECTA übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit Ihrem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.
- (2) Sie sind als Versicherungsnehmer für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich, auch für Fragen an alle in diesem Versicherungsvertrag versicherten Personen.
- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder den in diesem Versicherungsvertrag versicherten Personen (vgl. Abs. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, kann die ASPECTA binnen drei Jahren (bei HIV-Infektionen: zehn Jahre) seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten. Den Rücktritt kann die ASPECTA aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat. Die Kenntnis eines Vermittlers steht der Kenntnis der ASPECTA nicht gleich. Wenn der ASPECTA nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird der Rücktritt gegenstandslos. Hat die ASPECTA den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles und keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung der ASPECTA gehabt haben.
- (4) Die ASPECTA kann den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf die Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person bzw. der versicherten Personen, so kann die ASPECTA Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.
- (5) Die Abs. 1 bis 4 gelten bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Dreijahresfrist (bei HIV-Infektionen: Zehnjahresfrist) beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
- (6) Wenn Ihre Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlt die ASPECTA die Rückvergütung, sofern eine vorhanden ist; § 18 Abs. 2 gilt entsprechend. Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.
- (7) Sofern Sie dem Versicherer keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach dem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung ent-

gegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht oder nicht rechtzeitig ermittelt werden, so kann die ASPECTA auch den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen. Ist keine der vorgenannten bevollmächtigten Personen rechtzeitig zu ermitteln, so genügen die gesetzlichen Erben unter ihrer bekannten Anschrift, jeder einzeln als bevollmächtigt für alle.

§ 10 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

- (1) Leistungen überweist die ASPECTA dem Bezugsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Bezugsberechtigte auch die damit verbundenen Gefahren.
- (2) Die Übermittlung der Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. §§ 6 Abs. 2 und 7 Abs. 2) alles getan haben, damit die Prämie bei der ASPECTA eingeht.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins kann die ASPECTA als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Die ASPECTA kann aber verlangen, dass ihr der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 13 Abs. 4 braucht die ASPECTA den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

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

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für die ASPECTA bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie der ASPECTA zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt. Dies gilt auch für vorvertragliche Mitteilungen.
- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift muss der ASPECTA unverzüglich mitgeteilt werden. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung an die der ASPECTA zuletzt bekannte Anschrift abgesandt werden kann; die Erklärung der ASPECTA wird in dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen sein würde. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (3) Bei Änderung des Namens gilt Abs. 2 entsprechend, wobei die Namensänderung durch eine amtliche Urkunde nachzuweisen ist.
- (4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Republik Österreich aufhalten, sollten Sie der ASPECTA, auch in Ihrem eigenen Interesse, eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, die Mitteilungen der ASPECTA für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistung aus diesem Versicherungsvertrag wird an Sie erbracht oder an Ihre Erben, falls Sie keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können nur Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen (widerrufliches Bezugsrecht).
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag erwerben soll (unwiderruflich Bezugsberechtigter). Sobald die ASPECTA die Erklärung erhalten hat, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

- (3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden; dies gilt nicht für Berufsunfähigkeitsversicherungen.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Abs. 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus diesem Versicherungsvertrag sind der ASPECTA gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie der ASPECTA vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Was gilt bei einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung?

- (5) Wenn Sie verfügungsberechtigt sind, können Sie Ihren Vertrag vinkulieren, verpfänden oder abtreten. Dies ist uns gegenüber nur dann wirksam, wenn es uns schriftlich vom Berechtigten angezeigt wird.

§ 14 Was bedeutet die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren?

- (1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschlusskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- (2) Für diesen Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Prämien zur Tilgung von Abschlusskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten bestimmt sind. Der zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Prämien beschränkt.
- (3) Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufswert und keine prämienfreie Todesfallsumme vorhanden sind.

§ 15 Welche Kosten werden von der ASPECTA gesondert in Rechnung gestellt?

Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, kann die ASPECTA – soweit nichts anderes vereinbart ist – die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert berechnen. Sie können zusätzlich zur Prämie erhoben oder vom Fondsvermögen abgezogen werden. Zur Zeit der Antragstellung erhebt die ASPECTA Kosten bei

- | | |
|---------------------------------------|---|
| – Durchführung von Vertragsänderungen | 30 EUR |
| – Rückläufer im Lastschriftverfahren | 3,50 EUR |
| – Wahl der Leistung in Wertpapieren | 1 Prozent des Auszahlungsbetrages, höchstens 150 EUR |
| – Vorauszahlungen | 0,5 Prozent des Auszahlungsbetrages, mindestens 15 EUR und höchstens 50 EUR |
| – Entnahmen aus dem Fondsvermögen | einmal je Kalenderjahr frei; für jede weitere Entnahme während der flexiblen Entnahmephase im gleichen Jahr 0,5 Prozent des Auszahlungsbetrages, mindestens 15 EUR und höchstens 50 EUR |

Für Leistungen der ASPECTA, die im Auftrag ihrer Versicherungsnehmer oder in deren mutmaßlichem Interesse erbracht werden und die nach den Umständen zu urteilen nur gegen eine Vergütung zu erwarten sind, kann die ASPECTA die Höhe der Entgelte (Kosten) nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches) bestimmen.

§ 16 Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Republik Österreich Anwendung.

§ 17 Wo ist der Gerichtsstand?

Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag können gegen die ASPECTA bei dem für den Geschäftssitz der ASPECTA örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist die Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsvertreeters zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte. Soweit gesetzlich ein Gerichtsstand vereinbart werden kann, gilt der Geschäftssitz der ASPECTA als alleiniger Gerichtsstand als vereinbart.

§ 18 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder prämienfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung der Rückvergütung

- (1) Sie können Ihren Vertrag schriftlich ganz oder teilweise kündigen:
 - jederzeit auf den Schluss des laufenden Versicherungsjahres (bzw. der laufenden Versicherungsperiode) oder
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten auf den Fälligkeitstermin der Prämienzahlung, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.
- (2) Nach § 176 des deutschen VVG hat die ASPECTA nach Kündigung die Rückvergütung – soweit bereits entstanden – zu erstatten. Diese entspricht dem Fondsvermögen, vermindert um einen als angemessen angesehenen Abzug in Höhe von 100 Prozent im ersten, 90 Prozent im zweiten, 30 Prozent im dritten, 20 Prozent im vierten, 10 Prozent im fünften und 5 Prozent ab dem sechsten Versicherungsjahr. Prämienrückstände werden von der Rückvergütung abgesetzt. Ab dem 55. Lebensjahr des versicherten Kindes und zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die Versorger-Mitversicherung planmäßig abläuft, entfällt der Abzug bei Kündigung. Er entfällt ebenfalls bei Entnahmen während der flexiblen Entnahmephase und bei Auflösung des Vertrages gem. § 2 Abs. 3 nach Tod des versicherten Kindes. Beträgt die Rückvergütung weniger als 30 EUR, wird der Betrag nicht ausgezahlt, sofern kein weiterer Zahlungsvorgang (z. B. Prämienrückzahlung) erfolgt. Die Kündigung der Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit ist wegen der Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren (vgl. § 14) kein Rückkaufswert vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Prämien. Nähere Informationen zum Rückkaufswert und zu seiner Höhe können dem Versicherungsschein entnommen werden.
- (3) Die Rückvergütung wird als Geldleistung in EUR oder in Wertpapieren erbracht. Die Bestimmungen des § 2 gelten entsprechend.

Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

- (4) Anstelle einer Kündigung nach Abs. 1 können Sie ab dem vierten Versicherungsjahr zu dem dort genannten Termin schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der künftigen Prämienzahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall wird auf der Grundlage der Todesfallleistung, die zum Zeitpunkt der Prämienfreistellung versichert war, für die restliche Versicherungsdauer die Todesfallleistung im Verhältnis der Summe der eingezahlten Prämien zur Summe der insgesamt zu zahlenden Prämien ermittelt, mindestens jedoch das Fondsvermögen zuzüglich 5 Prozent der Summe der gezahlten Prämien. Die Prämienfreistellung der Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit ist wegen der Verrechnung der Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren (vgl. § 14) keine prämienfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Prämien für die Bildung einer prämienfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur prämienfreien Versicherungssumme und zu ihrer Höhe können dem Versicherungsschein entnommen werden. Innerhalb von sechs Monaten nach Umwandlung einer Versiche-

ung in eine prämienvfreie können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung durch Nachzahlung der während der Prämienfreistellung ausgesetzten Prämien Ihren Vertrag wieder in Kraft setzen.

- (5) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht beantragt und erreicht das Fondsvermögen den Mindestbetrag von 1.000 EUR nicht, so erhalten Sie die Rückvergütung (§ 18 Abs. 2).
- (6) Die zur Deckung des Todesfallrisikos und der Verwaltungskosten bestimmten Beträge entnimmt die ASPECTA monatlich dem Fondsvermögen. Dies kann – bei ungünstiger Entwicklung der Werte der Anteilinheiten – dazu führen, dass das Fondsvermögen vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer aufgebraucht ist. Der Versicherungsschutz erlischt damit. Wir werden Sie jedoch rechtzeitig darauf hinweisen.

Prämienrückzahlung

- (7) Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

Vorauszahlung

- (8) Sie können ab dem vierten Versicherungsjahr eine Vorauszahlung beantragen. Die Vorauszahlung ist grundsätzlich auf 90 Prozent des Rückkaufwertes beschränkt und kann nur einmal je Versicherungsjahr in Anspruch genommen werden; nach einer Vorauszahlung muss das verbleibende Fondsvermögen mindestens 2.500 EUR betragen. Die Vorauszahlung verringert Ihr Deckungskapital um den entsprechenden Betrag, eventuelle Prämienrückstände werden von der Auszahlung abgesetzt. Der Vorauszahlungsbetrag kann bis zur vollen Höhe wieder dem Vertrag zugeführt werden. Da der Wert der Vorauszahlung in Anteilinheiten berechnet wird, ist bei einer Rückzahlung die entsprechende Anzahl an Anteilinheiten zurückzuführen. Gewährte Vorauszahlungen werden – unter Berücksichtigung von Rückführungen – im Leistungsfall den vom Versicherer zu erbringenden Leistungen auf Basis der entnommenen Anteilinheiten und deren Wertentwicklung gegengerechnet.

Teilrückkauf

- (9) Sie können ab dem vierten Versicherungsjahr einen Teilrückkauf beantragen. Der Teilrückkauf ist grundsätzlich auf 90 Prozent des Rückkaufwertes beschränkt und verringert Ihr Deckungskapital um den entsprechenden Betrag, eventuelle Prämienrückstände werden von der Auszahlung abgesetzt. Durch den Teilrückkauf reduzieren sich die Todesfall-Leistung und die zu zahlende Prämie. Pro Kalenderjahr ist höchstens ein Teilrückkauf möglich und das verbleibende Fondsvermögen muss nach einem Teilrückkauf mindestens 2.500 EUR betragen.

§ 19 Welche Optionen stehen Ihnen zur Verfügung?

Versorger-Mitversicherung

- (1) Erfolgt die nachträgliche Mitversicherung eines zweiten mitversicherten Versorgers (vgl. § 2 Abs. 6), so ist für diesen Versorger eine Gesundheitsprüfung notwendig. Weitere Voraussetzung für die nachträgliche Mitversicherung ist, dass der Vertrag nicht leistungspflichtig ist (Übernahme der Prämienzahlung durch die ASPECTA). Die Mitversicherung eines zweiten Versorgers – auch die nachträgliche Mitversicherung – ist nur möglich, wenn beide versicherten Versorger das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Versorger-Mitversicherung für den ersten versicherten Versorger kann jederzeit zum Ende eines Monats gekündigt werden, sofern das versicherte Kind das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat. Eine Rückvergütung wird bei Kündigung nicht fällig. Die Versorger-Mitversicherung für den zweiten versicherten Versorger kann jederzeit zum Ende eines Monats gekündigt werden. Eine Rückvergütung wird bei Kündigung nicht fällig.

Partner-Mitversicherung (Partner des versicherten Kindes)

- (2) Während der vereinbarten Prämienzahlungsdauer kann eine weitere mitversicherte Person in den Versicherungsvertrag aufgenommen werden (Partner). Bei Tod dieses mitversicherten Partners übernimmt die ASPECTA die Prämienzahlung für diesen Vertrag. Voraussetzung hierfür ist, dass die Versorger-Mitversicherung (vgl. § 2 Abs. 4 und § 19 Abs. 1) beendet ist und der Vertrag nicht bereits leistungspflichtig ist (Übernahme der Prämienzahlung durch die ASPECTA). Für die Mitversicherung des Partners ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich.

Die Partner-Mitversicherung kann jederzeit zum Ende eines Monats gekündigt werden, eine Rückvergütung wird bei Kündigung nicht fällig.

Nachversicherungsoptionen für das versicherte Kind

- (3) Sie haben das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz auf schriftlichen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Diese Nachversicherungsoption können Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der folgenden Ereignisse wahrnehmen:
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes;
 - Heirat;
 - Volljährigkeit;
 - erfolgreicher Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung;
 - erstmaliger Wechsel in die berufliche Selbständigkeit (Hauptberuf) in einem anerkannten Ausbildungsberuf;
 - laufende Einkommenserhöhung durch beruflichen Aufstieg (z. B. Beförderung) von mindestens 20 Prozent des bisherigen Bruttojahreseinkommens innerhalb eines Jahres aus nichtselbständiger Tätigkeit;
 - Einkommenserhöhung, die erstmals zum Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung führt;
 - Ehescheidung, sofern die Ehe mindestens zwölf Monate bestand;
 - Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei Selbständigen und Handwerkern;
 - Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie.

Für die Ausübung der Nachversicherungsoptionen nach Abs. 3a bis j müssen jeweils folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Das versicherte Kind muss persönlich betroffen sein und Sie müssen der ASPECTA innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Veränderung einen geeigneten Nachweis (z. B. Urkunden oder amtliche Bestätigungen) erbringen;
- das versicherte Kind darf bei Eintritt des Ereignisses das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und die Restlaufzeit des Vertrages muss mindestens zwölf Jahre betragen;
- die Nachversicherungsoption erlischt, wenn das versicherte Kind eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bezieht oder eine solche beantragt hat;
- die Inanspruchnahme der Nachversicherungsoption ist ausgeschlossen, wenn bei Vertragsabschluss Risikozuschläge vereinbart wurden;
- die Erhöhungen der versicherten Todesfall-Leistung dürfen insgesamt nicht mehr als 100 Prozent der bei Vertragsabschluss versicherten Todesfall-Leistung betragen. Durch Erhöhungen darf die gesamte Todesfall-Leistung (einschließlich der Leistungen aus eventuell vereinbarten Zusatzversicherungen) aller bei der ASPECTA bestehenden Verträge den Betrag von 150.000 EUR nicht übersteigen;
- die Versorger-Mitversicherung (vgl. § 2 Abs. 4 und § 19 Abs. 1) ist beendet und der Vertrag ist nicht bereits leistungspflichtig (Übernahme der Prämienzahlung durch die ASPECTA).

Wurde eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) eingeschlossen, so gelten für die Einbeziehung der Leistungen aus der Nachversicherung zusätzlich die Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherung.

Eine Erhöhung durch Nachversicherung gilt als Vertragsabschluss im Sinne der Versicherungsbedingungen. Insbesondere beginnt für die Nachversicherung die Frist nach § 23 (Selbsttötung) dieser allgemeinen Versicherungsbedingungen neu zu laufen.

Prämienpause

- (4) Neben der Prämienfreistellung der Versicherung (vgl. § 18 Abs. 4) hat der Versicherungsnehmer bei Zahlungsschwierigkeiten (z. B. Arbeitslosigkeit) die Möglichkeit, die Prämienzahlung für maximal zwei Jahre unter Beibehaltung der ursprünglich vereinbarten Mindest-Todesfall-Leistung, zu unterbrechen. Diese Option kann erstmals nach Ablauf von drei voll prämienspflichtigen Jahren in Anspruch genommen werden, sofern das Fondsvermögen zu diesem Zeitpunkt den Betrag von mindestens 500 EUR erreicht hat. Die Prämienpause kann bis zu zweimal während der vereinbarten Prämienzahlungsdauer in Anspruch genommen werden, darüber hinaus nur gegen besondere Vereinbarung. Eine eventuell einge-

schlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bleibt während der Prämienpause in vollem Leistungsumfang bestehen. Bei Tod des mitversicherten Versorgers während der Prämienpause bleibt der Anspruch auf Übernahme der Prämienzahlung durch die ASPECTA – entsprechend den ursprünglich gezahlten Prämien vor Ausübung dieser Option – erhalten. Die Prämienpause endet, sofern eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen wurde und der Leistungsfall (Prämienübernahme durch die ASPECTA) eingetreten ist. Sie endet ebenfalls, wenn das Fondsvermögen während der Prämienpause unter den Mindestwert von 500 EUR sinkt. Da während der Prämienpause die Risikoprämie und die Prämie für eine optional eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung dem Fondsvermögen entnommen werden, kann eine Prämienpause zu einer Reduzierung des Fondsvermögens führen.

Kinderoption

- (5) Innerhalb von fünf Jahren nach Abschluss dieser Versicherung haben Sie die Möglichkeit, ein weiteres Kind in den ersten zwölf Monaten nach Geburt mit einer Fondsgebundenen Lebensversicherung im Rahmen des Produkts ASPECTA Einstein – die Kinder- und Enkelpolizze – zu versichern. Dazu ist nur eine vereinfachte Gesundheitsprüfung für das zu versichernde Kind nötig (Kopie Mutter-Kind-Pass, alle vorgeschriebenen Untersuchungen wurden durchgeführt); für den versicherten Versorger ist keine erneute Gesundheitsprüfung notwendig. Diese Option gilt nur für höchstens ein weiteres leibliches Kind des ersten bzw. beider versicherten Versorger. Weitere Voraussetzung zur Ausübung dieser Option ist, dass die Prämie des neuen Vertrags die Prämie dieser Versicherung nicht übersteigt. Maßgebend für den neuen Vertrag sind der dann gültige Tarif und die Annahmerichtlinien der ASPECTA.

Zuzahlungen

- (6) Sie können Zuzahlungen zu Ihrem Vertrag leisten, soweit die Zuzahlung der Gesellschaft schriftlich zum 15. des laufenden Monats angezeigt wird. Diese Zuzahlungen führen wir dem bzw. den Anlagestücken zu und rechnen sie in Fondsanteile oder Anteile des Anlageportfolios um, soweit sie nicht zur Deckung der Kosten bestimmt sind. Die Partner-Mitversicherung, die Nachversicherungsoption sowie eine eventuell eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden von einer Zuzahlung nicht berührt. Eine Zuzahlung darf den Betrag von 1.000 EUR (exkl. Steuern) nicht unterschreiten und muss – auch wenn Lastschrift einzug vereinbart wurde – überwiesen werden. Die Summe aller Zuzahlungen während der Laufzeit des Vertrages darf höchstens die ursprünglich bei Vertragsabschluss vereinbarte Prämiensumme betragen. Bei vorzeitiger Kündigung des Vertrages oder durch Entnahmen aus dem Deckungskapital kann u. U. eine Nachversteuerung der Zuzahlungsbeträge fällig werden. Dies gilt ebenfalls für Zuzahlungen innerhalb von zehn Jahren vor Beginn der flexiblen Entnahmephase.

§ 20 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Dauer der Prämienzahlung Ihrer Versicherung verlängern?

- (1) Die Dauer der Prämienzahlung der Versicherung kann einmal, spätestens einen Monat vor dem für den Ablauf der vereinbarten Dauer der Prämienzahlung vorgesehenen Termin, auf schriftlichen Antrag des Versicherungsnehmers verlängert werden. Für die Verlängerung ist keine erneute Gesundheitsprüfung notwendig.
- (2) Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass die ursprünglich vereinbarte Prämienzahlungsdauer der Versicherung 30, 35, 40 oder 45 Jahre betragen hat. Die Prämienhöhe kann für den Zeitraum der Verlängerung unverändert oder reduziert vereinbart werden. Weitere Voraussetzung für die Verlängerung ist die Vereinbarung einer Prämienzahlungsdauer bis zum 60. Lebensjahr des versicherten Kindes.
- (3) Zusatzversicherungen sind von dieser Option ausgeschlossen. Sie enden zum ursprünglich vorgesehenen Ablauffermin.

§ 21 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Regelungen dieses Vertrages den Vorschriften des österreichischen Rechts oder des Rechts der Europäischen Union nicht oder nicht mehr entsprechen, unwirksam oder nichtig sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im

Übrigen nicht berührt, wobei diese Rechtsfolge von den Vertragsparteien beiderseits ausdrücklich gewünscht wird. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die unwirksamen oder nichtigen Vertragsbestimmungen unter Berücksichtigung des hier beabsichtigten wirtschaftlichen Zwecks durch gültige Vertragsabreden zu ersetzen. Entsprechendes soll gelten, wenn bei Durchführung des Vertrages eine ergänzungsbedürftige Vertragslücke offenbar wird.

§ 22 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg?

- (1) Grundsätzlich besteht die Leistungspflicht der ASPECTA unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
- (2) Die ASPECTA gewährt Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die in diesem Vertrag versicherten Personen bei inneren Unruhen den Tod gefunden haben. Bei Tod in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich die Leistungspflicht auf das für den Todestag berechnete Deckungskapital (vgl. § 2 Abs. 9 Satz 2) abzüglich eventuell rückständiger Prämien.
- (3) Die Leistung erbringt die ASPECTA als Geldleistung in EUR der zugrunde liegenden Anlagestücke. Die Bestimmungen des § 2 Abs. 7 bis 11 gelten sinngemäß.

§ 23 Was gilt bei Selbsttötung?

- (1) Bei Selbsttötung einer versicherten Person vor Ablauf von drei Jahren seit Zahlung der Einlösumprämie oder seit Wiederherstellung der Versicherung besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn der ASPECTA nachgewiesen werden kann, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls beschränkt sich die Leistungspflicht der ASPECTA auf das für den Todestag berechnete Fondsvermögen (vgl. § 2 Abs. 9 Satz 2) abzüglich bestehender Prämienrückstände.
- (2) Bei Selbsttötung nach Ablauf der Dreijahresfrist bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet.
- (3) Die Leistung erbringen wir als Geldleistung in EUR, die Bestimmungen des § 2 Abs. 7 bis 11 gelten sinngemäß.

§ 24 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringt die ASPECTA gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich kann auch der Nachweis der letzten Prämienzahlung verlangt werden.
- (2) Der Tod einer versicherten Person ist der ASPECTA unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Abs. 1 genannten Unterlagen sind einzureichen
- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat.
- (3) Zur Klärung der Leistungspflicht können von der ASPECTA notwendige weitere Nachweise verlangt werden und erforderliche Erhebungen selbst angestellt werden.
- (4) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

§ 25 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Überschussermittlung

- (1) Um die zugesagten Versicherungsleistungen über die in der Regel lange Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die vereinbarten Lebensversicherungsprämien besonders vorsichtig kalkuliert. Neben der Werterhöhung der Anteilseinheiten und der Bildung neuer Anteilseinheiten entstehen Überschüsse, wenn sich der Verlauf der Sterblichkeit und die Kostenentwicklung günstiger gestalten, als die ASPECTA bei der Prämienkalkulation angenommen hat. An diesen Überschüssen sind alle Versicherungsnehmer beteiligt. Die

Überschussermittlung erfolgt nach den Vorschriften des Deutschen Versicherungsaufsichtsgesetzes und des Deutschen Handelsgesetzbuches und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

Überschussbeteiligung

- (2) Den bei günstiger Entwicklung der Sterblichkeit und der Kosten-situation auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschuss ordnet der Versicherer einzelnen Bestandsgruppen zu und stellt ihn in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ein. Teile des Überschusses können den Verträgen auch direkt gutgeschrieben werden. Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Mit Zustimmung der deutschen Aufsichtsbehörde kann der Versicherer die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen (§ 56a VAG). Wir haben gleichartige Versicherungen in einer Bestandsgruppe und zum Teil innerhalb einer Bestandsgruppe in einer Bestandsuntergruppe zusammengefasst. Diese Versicherung gehört zur Bestandsuntergruppe AAT 405 in der Bestandsgruppe 131. Jede einzelne Versicherung innerhalb dieser Bestandsuntergruppe erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe 131. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand des Versicherers auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren, insbesondere etwa in den ersten Versicherungsjahren, kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.
- (3) Ihre Versicherung erhält monatlich ab Beginn Risiko-Überschussanteile in Prozent der Risikoprämie und nach Ende einer Wartezeit von 1/10 der vereinbarten Prämienzahlungsdauer (aufgerundet auf das nächste volle Jahr) Kosten-Überschussanteile in Prozent der Prämie. Zusätzlich erhält die Versicherung Kosten-Überschussanteile im letzten Viertel der Aufbauphase, höchstens jedoch für die letzten acht Jahre vor Beginn der flexiblen Entnahmephase und frühestens nach einer Wartezeit von 15 Jahren seit Vertragsbeginn in Prozent des Fondsvermögens. Der Risiko-Überschussanteil vermindert die monatlich dem Fondsvermögen zu entnehmenden Risikoprämien. Der Kosten-Überschussanteil vermindert die der laufenden Prämie zu entnehmende Kostenprämie.

§ 26 Wie können Sie den Wert der Versicherung erfahren?

- (i) Es ist vorgesehen, Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zum Ende des ersten Versicherungsjahres – über den ver-

tragsgemäßen Bestand der Teileinheiten und den Wert der Teileinheiten, d. h. über das Fondsvermögen, zu unterrichten. Hierbei wird auch über die Höhe der Todesfall-Leistung informiert.

- (2) Darüber hinaus können Sie den Wert der Teileinheiten in der Tagespresse erfahren.
- (3) Der Wert einer Teileinheit pro Anlagestock richtet sich nach der Wertentwicklung des entsprechenden Investmentfonds bzw. Anlageportfolios. Der Wert einer Teileinheit ergibt sich aus der Teilung des Gesamtwertes des Investmentfonds bzw. Anlageportfolios durch die Zahl der zu dem Zeitpunkt ausgegebenen Anteile des Investmentfonds bzw. Anlageportfolios.
- (4) Auf Wunsch gibt die ASPECTA Ihnen den Wert Ihrer Versicherung jederzeit an.

§ 27 Wann können wir die Bedingungen zu diesem Vertrag ändern?

- (1) Wir behalten uns vor, die Bestimmungen über den Rückkaufswert und die prämienfreie Versicherung, die Kosten, die Überschussbeteiligung auch für bestehende Versicherungen zu ändern, wenn
- dies zur Wahrung der Belangung der Versicherten erforderlich erscheint oder
 - die Stellung der Versicherten dadurch verbessert wird oder
 - wir ein schützenswertes Interesse an einer Änderung haben und die Belange der Versicherten dadurch nicht unangemessen benachteiligt werden.
- (2) Ferner sind wir berechtigt, einzelne Bestimmungen des Vertrages mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen
- bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen von Gesetzen oder der höchstrichterlichen Rechtsprechung,
 - im Falle ihrer Unwirksamkeit sowie
 - zur Abwendung und Behebung einer aufsichtsbehördlichen Beanstandung.
- (3) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln können wir den Wortlaut einzelner Bestimmungen ändern, wenn die Änderung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und sie dem wirklichen oder angenommenen Willen beider Parteien unter Berücksichtigung von Treu und Glauben entspricht.

1. Was bietet Ihnen die Fondsgebundene Lebensversicherung?

Mit der Fondsgebundenen Lebensversicherung bietet die ASPECTA Ihnen gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Fondsgebundene Lebensversicherung Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Investmentfonds oder an Anlageportfolios (Anlagestock/Anlagestöcke).

Anders als in der kapitalbildenden Lebensversicherung wird dieses Sondervermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt. Da die Entwicklung dieser Werte nicht vorauszusehen ist, können wir im Gegensatz zur kapitalbildenden Lebensversicherung einen bestimmten Wert der Leistung – außer im Todesfall – nicht garantieren. Sie haben die Chance, im Falle von Kurssteigerungen der Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen. Sie tragen im Falle eines Kursrückganges aber auch das Risiko der Wertminderung. Bei Fremdwährungsfonds unterliegen die Währungskurse Schwankungen und können den Wert der Anlagen beeinflussen.

Stirbt das versicherte Kind vor dem Ende der flexiblen Entnahmephase, besteht die Versicherungsleistung in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagestöcke in Höhe des Fondsvermögens der Versicherung zuzüglich der Mindestrisikosumme; mindestens wird jedoch die vereinbarte Mindesttodesfallsumme gezahlt. Die Mindestrisikosumme beträgt 5 Prozent der Prämiensumme, die Mindesttodesfallsumme 10 Prozent der Prämiensumme.

Bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des versicherten Kindes ist der Todesfallschutz auf die Summe der bis dahin eingezahlten Prämien beschränkt, höchstens jedoch werden 6.000 EUR ausgezahlt.

Stirbt das versicherte Kind vor dem rechnungsmäßigen Alter von 16 Jahren, wird als versicherte Leistung die vereinbarte Todesfallsumme, jedoch höchstens 6.000 EUR ausgezahlt. Bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres werden auf diese Höchsttodesfallsumme alle weiteren Versicherungen auf das Leben desselben Kindes und alle Versicherungsleistungen anderer Versicherer angerechnet.

Der Vertrag wird im Fall des Todes des versicherten Kindes planmäßig bis zu dem Zeitpunkt fortgeführt, in dem das versicherte Kind das rechnungsmäßige Alter von 16 Jahren erreicht hätte, längstens jedoch bis der mitversicherte Versorger das Alter von 70 erreicht. Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann der Vertrag im Fall des Todes des versicherten Kindes auch vorzeitig beendet werden, ein Abzug nach § 18 Abs. 2 der allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif 438 wird in diesem Fall nicht erhoben.

Stirbt der mitversicherte Versorger, übernimmt die ASPECTA die Prämienzahlung für diesen Versicherungsvertrag bis zu dem Termin, an dem entweder (je nachdem, was zuerst eintritt)

- die vereinbarte Prämienzahlungsdauer endet oder
- das versicherte Kind das Alter von 27 erreicht oder
- der mitversicherte Versorger theoretisch das Alter von 70 erreicht hätte oder
- das versicherte Kind stirbt.

Zusätzlich wird bei Tod des mitversicherten Versorgers,

- bevor das versicherte Kind das Alter von 27 erreicht oder
- bevor der mitversicherte Versorger theoretisch das Alter von 70 erreicht hätte,

einmal ein Betrag in Höhe der vereinbarten Mindesttodesfallsumme (10 Prozent der Prämiensumme) geleistet. Bei Mitversicherung eines weiteren Versorgers wird diese Leistung jedoch nur einmal fällig.

Tarif 438

Zur Auswahl stehen folgende Investmentfonds und Anlageportfolios:

- **Templeton Growth (Euro) Fund A (acc), Franklin Templeton** (ISIN LU0114760746)

Anlageziel dieses Fonds ist langfristiges Kapitalwachstum. Die Anlage erfolgt weltweit in Aktien, dabei vorwiegend in Stammaktien, und Schuldtiteln von Unternehmen und der öffentlichen Hand.

- **Valorinvest Marktneutral SICAV, Kredietbank S.A. Luxembourgeoise** (ISIN LU0141754829)
Der Valorinvest Marktneutral SICAV bietet aufgrund seiner Konstruktion als Dachfonds eine breite Mischung an marktneutralen Investmentfonds. Die Auswahl verschiedener Manager und unterschiedlicher Handelsansätze bewirkt eine umfangreiche Steuerung. Das Portfolio setzt sich aus Futures und Hedgefonds mit entsprechenden Erfolgsaussichten zusammen.

- **Valorinvest Valorplus SICAV, Kredietbank S. A. Luxembourgeoise** (ISIN LU0108443713)
Dieser Dachfonds eignet sich besonders für Investoren, die von den langfristigen Ertragsaussichten der globalen Aktienmärkte profitieren wollen. Das Fondsvermögen wird dabei international breit gestreut in ausgesuchten Aktienfonds investiert, um von deren langfristigem hohem Ertragspotenzial zu profitieren. Zur langfristigen Verbesserung der Risiko-Ertrags-Eigenschaften können nach Luxemburger Recht auch alternative Investments wie Futures und Hedgefonds beigemischt werden. Empfohlener Anlagehorizont: fünf bis sieben Jahre.

- **DWS FlexPension 20XX**
DWS Investments

Der DWS FlexPension 20XX präsentiert sich im Umfeld der Altersvorsorge als attraktive Alternative für Anleger mit Weitblick. DWS FlexPension 20XX orientiert sich an der Entwicklung eines breit gestreuten Fondskorbes, bestehend aus erfolgreichen DWS-Renten- und -Aktienfonds. Als außergewöhnliche Eigenschaft erweist sich die so genannte Höchststandsabsicherung. Der Anteilspreis des Fonds schwankt abhängig von der Entwicklung der Wertpapiermärkte. Um während der Laufzeit erzielte Kurssteigerungen zu sichern, wird in monatlichen Abständen der höchste Anteilspreis festgeschrieben und zum Ablauf garantiert. Mit dieser Anlagestrategie erlangt der Anleger besondere Vorteile: Er sichert sich auf langfristige Sicht die Chance auf hohe Erträge bei maximaler Sicherheit seiner einbezahlten Beiträge. Weitere Informationen können den besonderen Versicherungsbedingungen für die Garantiefonds DWS FlexPension entnommen werden.

- **Anlageportfolio „Fonds1000Plus“**

Ziel des Anlageportfolios 1000 Plus ist die Auswahl von Investmentfonds, die das Potenzial zu einem Wachstum von 1000 Prozent in 20 Jahren haben und in der Vergangenheit durch eine längerfristig sehr gute Performance aufgefallen sind. Die Zielfonds investieren in Aktien renommierter und ertragsstarker Unternehmen, die die Basis für das weltweite Aktienmarktwachstum bilden. Darüber hinaus wird auch das Potenzial von wachstumsstarken Regionen genutzt, um in der Zukunft strategisch sehr gut investiert zu sein.

Sie können den Anlagebetrag auf beliebig viele Investmentfonds bzw. Anlageportfolios aufteilen, die innerhalb dieses Produkts angeboten werden, wobei auf jeden gewählten Investmentfonds bzw. jedes gewählte Anlageportfolio mindestens 1 Prozent des Anlagebetrags entfallen muss. Während der Vertragslaufzeit können Sie beliebige Wechsel unter den zur Verfügung stehenden Investmentfonds und Anlageportfolios durchführen (Anlagewechsel). Dabei haben Sie mehrere Möglichkeiten:

- Umschichten des vorhandenen Fondsvermögens auf andere Investmentfonds oder Anlageportfolios, die Folgeprämien gehen unverändert in die ursprünglich gewählten Investmentfonds bzw. Anlageportfolios (Shifting).
- Die Folgeprämien werden in anderen Investmentfonds bzw. Anlageportfolios angelegt, das vorhandene Fondsvermögen bleibt in den ursprünglich gewählten Investmentfonds bzw. Anlageportfolios (Switching).
- Kombination von Switching und Shifting, sowohl das vorhandene Fondsvermögen als auch die Folgeprämien werden in anderen Investmentfonds bzw. Anlageportfolios angelegt.

Für die o. g. Änderungen Ihrer Anlagestrategie werden keine Gebühren sowie keine Ausgabeaufschläge berechnet.

Innerhalb von Anlageportfolios können während der Laufzeit des Versicherungsvertrags sowohl Investmentfonds ausgetauscht als auch zusätzliche Investmentfonds aufgenommen werden. Dieses kann insbesondere erforderlich werden, wenn Investmentfonds die ursprüngliche Anlagestrategie aus Sicht des Vermögensverwalters oder der ASPECTA nicht mehr erfüllen bzw. der Anlagephilosophie des gewählten Portfolios nicht mehr entsprechen.

Nach Ablauf der Hälfte der vereinbarten Prämienzahlungsdauer (frühestens jedoch nach sieben Jahren) werden wir Sie im Rahmen des dynamischen Ablaufmanagements über Möglichkeiten zum Wechsel Ihrer Anlagestrategie und zur Ertragssicherung Ihres Fondsvermögens einmal jährlich informieren. Die Teilnahme am dynamischen Ablaufmanagement ist unverbindlich und kann jederzeit unterbrochen werden, für den Wechsel der Anlagestrategie werden keine Gebühren sowie keine Ausgabeaufschläge berechnet.

Anlagewechsel sind zu jedem zukünftigen Monatsersten möglich, soweit der schriftliche Antrag zum 15. des laufenden Monats bei der Gesellschaft eingegangen ist. Bewertungsstichtag ist der letzte Börsentag des laufenden Monats.

Über die Entwicklung des Fonds- oder Anlageportfoliovermögens wird die ASPECTA Sie, wenn Sie dies wünschen, einmal jährlich informieren. Auf dieses Recht auf Information werden wir Sie im Rahmen der laufenden Unterrichtung gemäß Ziff. 6 dieser Bedingungen jährlich neu hinweisen. Die Verkaufsprospekte und Rechenschaftsberichte bzw. Halbjahresberichte des Fonds stellen wir Ihnen auf Anfrage gern zur Verfügung.

2. Was geschieht, wenn ein Fonds geschlossen wird?

Sollte ein von Ihnen gewählter Investmentfonds oder ein Anlageportfolio aufgelöst werden, werden wir Ihnen dies nach unserer Kenntnisnahme rechtzeitig mitteilen. Wir werden Ihnen in diesem Fall einen Vorschlag zusenden, in welchem verfügbaren Investmentfonds oder in welchem Anlageportfolio zukünftig Ihrer Anlagestrategie entsprechend investiert werden soll. Sie können innerhalb von 30 Tagen nach Versanddatum unseres Schreibens eine anders lautende Anweisung für Ihre zukünftigen Investitionen in verfügbaren Investmentfonds bzw. Anlageportfolios geben. Wir werden nach Eingang Ihrer Anweisung bzw. nach Ablauf der 30 Tage Ihr Guthaben gemäß der geänderten Anlagestrategie neu auf die entsprechenden Anlagestöcke verteilen. Ihre Folgeprämien werden nach dem Wechsel ebenfalls gemäß Ihrer neu festgelegten Anlagestrategie in Anteilen von Investmentfonds bzw. Anlageportfolios angelegt.

Für diesen Fondswechsel werden Ihnen keine Kosten berechnet.

3. Wie verwenden wir Ihre Prämien?

Sie zahlen laufend gleich bleibende Prämien in EUR, es sei denn, Sie haben eine planmäßige Erhöhung der Prämien und Leistungen vereinbart (Dynamik). Die gezahlten Prämien führt die ASPECTA nach Abzug von Kostenanteilen den Sondervermögen zu, d. h., wir legen sie in Anlagestöcken an. Monatlich entnehmen wir diesen Anlagestöcken die zur Deckung des Todesfallrisikos bestimmte Risikoprämie und ggf. die restlichen Verwaltungskostenanteile.

Die Anlagestöcke sind in Anteilseinheiten unterteilt; der Wert einer Anteilseinheit richtet sich infolgedessen nach der Wertentwicklung des jeweiligen Investmentfonds und bei Fremdwährungsfonds zu-

sätzlich nach der Entwicklung des Währungskurses. Entsprechend den angelegten Prämienteilen sowie dem Wert der Anteilseinheit am jeweiligen Anlagestichtag entfällt auf Ihre Versicherung eine bestimmte Anzahl von Anteilseinheiten. Mit jeder Prämienzahlung erhöht sich somit die Anzahl der Ihnen gutgeschriebenen Anteilseinheiten.

4. Welche Versicherungsleistung erbringen wir?

Die Versicherungsleistungen sind von dem Wert der insgesamt gutgeschriebenen Anteilseinheiten abhängig. Für den Todesfall garantieren wir Ihnen die vertraglich vereinbarte Todesfall-Leistung.

Im Erlebensfall erbringt die ASPECTA eine Leistung in Höhe der insgesamt gutgeschriebenen Anteilseinheiten. Die Versicherungsleistung im Erlebensfall wird aber nicht nur von der Wertentwicklung der Anteilseinheiten beeinflusst, sondern auch vom Eintrittsalter des Versicherten, da die für den Todesfallschutz benötigten Risikoprämien vom jeweiligen Alter des Versicherten abhängen. Sofern Sie zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses in einem fortgeschrittenen Lebensalter sind, entfällt ein größerer Teil Ihrer Prämien auf die Risikoprämien. Die Erlebensfall-Leistung nimmt deshalb bei gleicher Versicherungsdauer mit zunehmendem Eintrittsalter ab.

Der Anspruchsberechtigte kann hinsichtlich des Anteils am Sondervermögen im Leistungsfall zwischen einer Geldleistung in EUR und einer Leistung in Wertpapieren wählen. Wird eine Leistung in Wertpapieren gewählt, so berechnet die ASPECTA hierfür eine Gebühr gemäß § 15 der allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Fondsgebundene Lebensversicherung.

5. Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich durch die Überschussbeteiligung. Diese Überschussanteile sind jedoch mit denen in der herkömmlichen Lebensversicherung nicht ohne weiteres vergleichbar, da die Kapitalerträge in den Anlagestöcken verbleiben und entweder den Wert der Anteilseinheiten oder den Anteilsbestand erhöhen. Somit fallen nur Risikoüberschüsse und Kostenüberschüsse an. Für die Ihnen zugewiesenen Überschussanteile werden wir ebenfalls Anteilseinheiten gutschreiben.

6. Wie werden Sie laufend unterrichtet?

Es ist vorgesehen, Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres – erstmals zum Ende des ersten Versicherungsjahres – über den vertragsgemäßen Bestand der Anteilseinheiten und den Wert der Anteilseinheiten, d. h. über Ihr Fondsvermögen, zu unterrichten. Hierbei wird die ASPECTA Sie auch über die Höhe der Todesfall-Leistung informieren. Darüber hinaus können Sie den Wert der Anteilseinheiten in der Tagespresse erfahren.

§ 1 Was ist das Besondere der Garantiefonds DWS FlexPension?

- (1) Aufgrund der besonderen Struktur und Leistungen der Garantiefonds DWS FlexPension (im Folgenden Garantiefonds) sind bei der Anlage Ihrer Gelder in diesen Garantiefonds gewisse Regeln zu beachten, die von der Anlage in anderen Investmentfonds oder Anlageportfolios (im Folgenden andere Investmentfonds) abweichen. Diese Regeln vereinbaren wir mit Ihnen in den folgenden Bestimmungen.
- (2) Soweit diese Bestimmungen von den allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihren Tarif abweichen, haben die besonderen Bedingungen immer dann Vorrang, wenn Anteile an einem Garantiefonds betroffen sind.
- (3) Weitere Informationen zum Garantiefonds erhalten Sie auf Anfrage über unsere Hauptverwaltung.

§ 2 Was ist die Höchststandsgarantie?

- (1) Die Garantiefonds sind mit einer Höchststandsgarantie ausgestattet. Diese besagt, dass der Wert eines Anteils an einem Garantiefonds zu dessen Ablauftermin mindestens so hoch ist wie der Preis, zu dem der Anteil erworben wurde (Kaufkurs). Ist oder war der tagesaktuelle Wert eines Anteils an einem oder mehreren Höchststandsstichtagen höher als sein Kaufkurs, so wird der höchste dieser Werte zum Ablauftermin garantiert (Höchststandsgarantie).

Diese Höchststandsgarantie gilt für jeden Anteil eines Garantiefonds, unabhängig davon, ob der jeweilige Garantiefonds diesen Höchststand erreicht hat, bevor oder nachdem dieser Anteil erworben wurde.

- (2) Höchststandsstichtage sind der erste Handelstag eines jeden Monats in Frankfurt am Main sowie der 6. Handelstag in Frankfurt am Main vor Monatsultimo Dezember.
- (3) Bitte beachten Sie, dass die Höchststandsgarantie ausschließlich zum Ablauftermin eines Garantiefonds besteht und dass der tagesaktuelle Wert eines Anteils zwischenzeitlich auch geringer sein kann als sein Kaufkurs.
- (4) Die Garantiefonds können die Höchststandsgarantie nur für Beiträge gewähren, die an den Höchststandsstichtagen investiert werden. Deshalb werden wir Beitragsteile, die zur Investition in Garantiefonds bestimmt sind, stets zu dem Höchststandsstichtag investieren, der auf den Beitragseingang folgt oder mit diesem zusammenfällt.

Mögliche Auswirkungen steuerlicher Änderungen

- (5) Sofern steuerliche Änderungen innerhalb des Garantiezeitraums die Wertentwicklung eines Teilfonds negativ beeinflussen, ermäßigt sich dessen Garantie um den Betrag, den diese Differenz einschließlich entgangener markt- und laufzeitgerechter Wiederanlage pro Anteil ausmacht. Sollte ein solcher Fall eintreten, werden wir Sie schriftlich darüber informieren.

§ 3 Wer gewährt die Garantie?

Die Garantiefonds geben jeweils für den Zeitpunkt ihres Ablauftermins eine Höchststandsgarantie ab. Es handelt sich hierbei um eine rechtlich verbindliche Garantie, die von der DWS S. A. Luxemburg gegeben wird. Die ASPECTA übernimmt keine Garantie für den Wert der Anteile zu einem bestimmten Stichtag.

§ 4 Wie funktioniert das Investment in den Garantiefonds?

- (1) Sie haben bis zum Beginn der flexiblen Entnahmephase bzw. vor dem vereinbarten Vertragsende die Möglichkeit, mit uns ein Investment in Garantiefonds zu vereinbaren. In diesem Fall werden wir Beitragsteile, die für die Investition in Garantiefonds vorgesehen sind, automatisch in geeigneten Garantiefonds investieren bzw. Umschichtungen zwischen verschiedenen Garantiefonds so vornehmen, dass die Garantie zu dem von Ihnen gewählten Zeitpunkt gewährt werden kann (Abs. 2).

- (2) Wird eine Garantie mit Wirkung zum Beginn der flexiblen Entnahmephase bzw. zum vereinbarten Vertragsende gewünscht, so verfahren wir folgendermaßen.

a) Laufende Beiträge

- Wir werden alle Beitragsteile, die zur Investition in Garantiefonds bestimmt sind, in dem Garantiefonds mit der längstmöglichen Restlaufzeit investieren, dessen Ablauftermin vor dem Beginn der flexiblen Entnahmephase bzw. vor dem vereinbarten Vertragsende liegt oder mit diesen zusammenfällt.

b) Vorhandenes Fondsvermögen

- Immer dann, wenn ein neuer Garantiefonds aufgelegt wird, dessen Ablauftermin vor dem Beginn der flexiblen Entnahmephase bzw. vor dem vereinbarten Vertragsende liegt oder mit diesen zusammenfällt, schichten wir – vorbehaltlich der Regelung in § 7 – automatisch Ihr Fondsvermögen aus dem Garantiefonds mit der nächstkürzeren Restlaufzeit in den neuen Garantiefonds um.

- Ein neuer Garantiefonds wird so eingerichtet, dass er zum Zeitpunkt der Auflegung genau die Höchststandsgarantie des Garantiefonds mit der nächst kürzeren Restlaufzeit fortsetzt, sodass bei jeder automatischen Umschichtung einmal erworbene Höchststandsgarantien erhalten bleiben.

- (3) Sofern es keinen Garantiefonds gibt, dessen Ablauftermin mit dem Beginn der flexiblen Entnahmephase bzw. mit dem vereinbarten Vertragsende übereinstimmt, oder wenn Ihr Versicherungsvertrag nicht mit dem Beginn der flexiblen Entnahmephase endet, haben Sie nach Ablauf des letzten Garantiefonds, dessen Ablauf vor dem Beginn der flexiblen Entnahmephase bzw. vor dem vereinbarten Vertragsende Ihres Versicherungsvertrags liegt, die Möglichkeit, über die Anlage des im Garantiefonds befindlichen Guthabens sowie Ihrer laufenden Beiträge neu zu entscheiden. Treffen Sie keine Entscheidung, werden wir die Investition dieses Guthabens in einem Fonds veranlassen, der den Erhalt des Kapitals bei niedrigem Risiko und üblichen Zinserträgen erwarten lässt (z. B. Geldmarktfonds).

- (4) Für automatische Umschichtungen gemäß Abs. 2 erheben wir keine Gebühren.

§ 5 Was gilt bei vorzeitiger Rückgabe von Anteilen an einem Garantiefonds?

- (1) Eine vorzeitige Rückgabe von Anteilen an einem Garantiefonds (etwa beim Shifting, im Todesfall oder bei Rückkauf) ist jeweils am ersten Handelstag eines Monats in Frankfurt am Main sowie am 6. Handelstag in Frankfurt am Main vor Monatsultimo möglich (Rücknahmetage). Im Falle der vorzeitigen Rückgabe von Anteilen gilt – sofern § 6 nichts anderes regelt – als Stichtag für die Bewertung von Anteilen an Garantiefonds der Rücknahmetag, der auf den für andere Investmentfonds gültigen Stichtag folgt. Die Rücknahme erfolgt stets zum tagesaktuellen Anteilswert.

- (2) Bitte beachten Sie, dass die Höchststandsgarantie nur für den Zeitpunkt des Ablaufes des jeweiligen Garantiefonds gilt und nicht bei einer vorzeitigen Rückgabe. Der Rücknahmepreis eines Anteils kann also auch zwischenzeitlich unter seinem Kaufpreis liegen.

§ 6 Was gilt für Anlagewechsel in Verbindung mit Garantiefonds?

- (1) Anlagewechsel sind grundsätzlich auch möglich zwischen Garantiefonds und anderen Investmentfonds. Ihr entsprechender Antrag in Textform muss uns bis zum 15. des laufenden Monats zugegangen sein.

- (2) Im Falle des Umschichtens von vorhandenem Fondsvermögen (Shifting) gilt:

- Wird Fondsvermögen von einem Garantiefonds in einen anderen Investmentfonds umgeschichtet, so gilt als Bewertungsstichtag für den Verkauf der Anteile des Garantiefonds der 6. Handelstag in Frankfurt am Main vor Monatsultimo und als Bewertungs-

stichtag für den Erwerb der Anteile des anderen Investmentfonds der letzte Börsentag des laufenden Monats.

- Wird Fondsvermögen von einem anderen Investmentfonds in einen Garantiefonds umgeschichtet, so gilt als Bewertungsstichtag für den Verkauf der Anteile des anderen Investmentfonds der letzte Börsentag des laufenden Monats und als Bewertungsstichtag für den Erwerb der Anteile des Garantiefonds der erste Handelstag in Frankfurt am Main des folgenden Monats.

§ 7 Was gilt für neu aufzulegende Garantiefonds in extremen Marktsituationen?

In extremen Marktsituationen kann es sich für die erwartete Performance eines neu aufzulegenden Garantiefonds als ungünstig erweisen, die Höchststandsgarantie des Garantiefonds mit der nächstkürzeren Restlaufzeit gemäß § 4 Abs. 2 fortzusetzen. In einem solchen Fall behält sich die DWS S. A. Luxemburg vor, einen neu aufgelegten Garantiefonds so einzurichten, dass die Höchststandsgarantie nur für künftige Investments in den Garantiefonds gilt, nicht aber vergangene Höchststandsgarantien fortsetzt. In diesem Fall werden wir nur Ihre künftigen Beiträge in einem solchen neuen Garantiefonds anlegen, jedoch auf die Umschichtung gemäß § 4 Abs. 2 von bereits aufgebautem Fondsvermögen in den neu aufgelegten Garantiefonds verzichten. Stattdessen verbleibt ein vorhandenes Fondsvermögen im ursprünglichen Garantiefonds bis zu dessen Fälligkeit bzw. bis ein geeigneter neuer Garantiefonds aufgelegt wird, in den ein Umschichten bestehendes Fondsvermögens ohne Verzicht auf die erworbene Höchststandsgarantie möglich ist.

Eine extreme Marktsituation kann insbesondere dann auftreten, wenn der Garantiefonds mit der längsten Restlaufzeit nur einen sehr

geringen Investitionsgrad in chancenreicheren Anlagen besitzt. Das beschriebene Vorgehen stellt in diesem Fall sicher, dass Ihre neuen Beiträge wieder verstärkt an den Chancen des Kapitalmarktes teilhaben können. Ihre Höchststandsgarantien werden dadurch nicht berührt.

§ 8 Was passiert, wenn ein Garantiefonds aufgelöst wird oder die Anlage zukünftiger Beiträge in dem Garantiefonds nicht mehr möglich ist?

Sollte ein Garantiefonds aufgelöst werden oder die Anlage zukünftiger Beiträge in diesem Garantiefonds nicht mehr möglich sein, so werden wir Sie unverzüglich schriftlich informieren und einen Ersatzfonds bestimmen, der hinsichtlich seines Chance-Risiko-Profiles dem bisherigen Garantiefonds so weit wie möglich entspricht. Soweit nur Ihre laufende Beitragszahlung betroffen ist, investieren wir nur Ihre zukünftigen Beiträge in dem Ersatzfonds. Andernfalls werden wir auch Ihr vorhandenes Fondsguthaben in den Ersatzfonds übertragen.

§ 9 Sonstiges

- (1) Leistungen, die aus dem Investment in Garantiefonds resultieren, erbringen wir grundsätzlich in EUR; eine Leistung in Wertpapieren kann nicht verlangt werden.
- (2) Die Fondsprospekte können bei der ASPECTA Lebensversicherung AG, Niederlassung Österreich, Naglergasse 1, 1010 Wien, jederzeit angefordert werden.

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wird der Versicherte während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig, so übernehmen wir die volle Prämienzahlung für die Hauptversicherung und die Zusatzversicherung.

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

Innerhalb der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann eine Dynamik für den Leistungsfall vereinbart werden (Dynamik-BUZ). Die Dynamik bezieht sich auf die Prämienübernahme der Hauptversicherung und der Zusatzversicherung durch die ASPECTA.

- (2) Wird der Versicherte während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Abs. 6 und 7) berufsunfähig und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent, so übernehmen wir die volle Prämienzahlung für die Hauptversicherung und die Zusatzversicherung.
- (3) Der Anspruch auf Übernahme der Prämienzahlung durch die ASPECTA entsteht mit dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens aber drei Jahre vor dem Tag des Eingangs Ihres Leistungsantrages bei uns, längstens jedoch bis drei Jahre nach Ablauf des Vertrages. Der Leistungsanspruch ist uns schriftlich mitzuteilen. Wir leisten darüber hinaus bis zur gesetzlichen Verjährungsfrist rückwirkend, wenn die verspätete Anzeige ohne schuldhaftes Versäumen des Anspruchstellers erfolgte. Den Nachweis hat der Anspruchsteller zu erbringen. Entsprechendes gilt für die Meldung der Pflegebedürftigkeit.
- (4) Der Anspruch auf Übernahme der Prämienzahlung durch die ASPECTA erlischt nach Ablauf eines befristeten Anerkenntnisses, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit weniger als einen Punkt umfasst (vgl. § 2 Abs. 7), wenn der Versicherte stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.
- (5) Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht müssen Sie die Prämien für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht an den Prämienzahler zurückzahlen. Wenn Sie es wünschen, werden diese Prämien bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht zinslos gestundet.

Wird ein von Ihnen gestellter Leistungsantrag endgültig abgelehnt, sind die gestundeten Prämien von Ihnen in einer Prämie nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratielle Rückzahlung des Nachzahlungsbetrages mit Ihnen zu vereinbaren. Die Rückzahlung kann über einen Zeitraum von höchstens zwölf Monaten erfolgen.

- (6) Dauer der Versicherung ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Mit Leistungsdauer wird dagegen der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Dauer der Versicherung zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.
- In keinem Fall kann nach Ablauf der Versicherung ein Leistungsanspruch entstehen, es sei denn der Versicherungsfall trat während der Vertragsdauer ein und wird gemäß den Bestimmungen in Abs. 3 verspätet gemeldet.
- (7) Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Wir können verlangen, dass Untersuchungen in Österreich oder bei einem Arzt eines österreichischen Konsulats durchgeführt werden. Die Kosten für die Untersuchung werden von uns übernommen. Reise- und Unterbringungskosten werden von uns nicht erstattet.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Vollständige Berufsunfähigkeit entsprechend diesen Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne ge-

undheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

- (2) Hat die versicherte Person den Beruf innerhalb von 24 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt, wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auch die berufliche Tätigkeit vor dem Berufswechsel berücksichtigt. Es sei denn, die Lebensstellung hat sich durch den Berufswechsel verbessert, der Berufswechsel erfolgte altersbedingt, aus medizinischen Gründen oder wegen unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit.
- (3) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise eine Erwerbstätigkeit konkret ausübt, aus der sie ein Einkommen erzielt, das in etwa ihrem bisher (vor Eintritt der Berufsunfähigkeit) während beruflicher Tätigkeit verfügbaren beruflichen Einkommen entspricht, oder als Selbständiger nach wirtschaftlich angemessener Umorganisation innerhalb ihres Betriebes weiter tätig sein könnte.

Zumutbar bedeutet, dass die Tätigkeit nicht zu Lasten der Gesundheit des Versicherten geht und das jährliche Erwerbseinkommen nicht mehr als 20 Prozent unter dem Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf liegt. Eine Umorganisation ist angemessen, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig und von der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann und der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung vor Ausscheiden aus dem Berufsleben in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, die zur Berufsunfähigkeit geführt hat, bestanden hat. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns auf maximal 20 Prozent im Vergleich zum jährlichen Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt.

- (4) Ist die versicherte Person ununterbrochen mindestens sechs Monate berufsunfähig gemäß diesen Bedingungen gewesen, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.
- (5) Scheidet der Versicherte aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, dass der Versicherte außer Stande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

Hat der Versicherte bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits das 55. Lebensjahr vollendet, verzichtet der Versicherer darauf, den Versicherten auf eine andere seiner Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit zu verweisen.

- (6) Für die Berufe der Berufsgruppen A und B verzichten wir auf eine Verweisung unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person; für alle anderen Berufe kann dieser Verzicht gegen Prämienzuschlag für die gesamte Vertragsdauer vereinbart werden.
- (7) Ist der Versicherte während der Dauer dieser Versicherung mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig und benötigt er täglich persönliche Hilfe bei mindestens einer der in Abs. 7 genannten Verrichtungen, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

Wir leisten bei einem und mehreren Punkten (vgl. Abs. 9) auch dann, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent liegt.

- (8) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass er für die in Abs. 7 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (9) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkte-tabelle zugrunde gelegt:

Der Versicherte benötigt Hilfe beim Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil er

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

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

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

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht worden ist:
- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat; wir werden jedoch leisten, wenn Kriegsereignisse im Ausland, an denen der Versicherte nicht aktiv teilgenommen hat, die Berufsunfähigkeit verursacht haben. Darüber hinaus werden wir leisten, wenn der Versicherte als Mitglied des österreichischen Bundesheeres, der Bundespolizei, der Bundesgendarmerie oder der Einsatzkräfte der EU mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der EU- und NATO-Mitgliedstaaten teilnimmt;
 - b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten, fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon ausgenommen;
 - c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;
 - e) durch Strahlen infolge von Kernenergie, die das Leben und die

Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Republik Österreich oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

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

- (1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- a) die Versicherungsurkunde und der Nachweis der letzten Prämienzahlung;
 - b) eine amtliche Bescheinigung über den Tag der Geburt des Versicherten;
 - c) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - d) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über den Umfang der Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Abs. 7, 8 und 9),
 - e) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
 - f) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen er in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu geben. Eine entsprechende Auskunftsermächtigung ist uns vom Versicherten einzureichen.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir innerhalb von fünf Wochen, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Leistungserklärung erfolgt innerhalb von fünf Wochen, wenn uns alle entscheidungsrelevanten Unterlagen vollständig vorliegen.
- (2) Wir können ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen, auch unter einstweiliger Zurückstellung einer Verweisungstätigkeit gemäß § 2 dieser Bedingungen.
- (3) Bei zeitlich begrenzter Anerkenntnis verzichten wir auf Rückforderung von erworbenen Versicherungsleistungen, auch wenn wir später unsere Leistungspflicht ablehnen müssen.

§ 6 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?

- (1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 5) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von zwölf Monaten nach Zugang unserer Entscheidung seine weiter gehenden Leistungsansprüche gerichtlich geltend machen.
- (2) Lässt der Ansprucherhebende die zwölf Monate verstreichen, ohne dass er seine Ansprüche gerichtlich geltend macht, so sind weiter gehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 5 dieser Bedingungen besonders hinweisen.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1 und 3 und ihren Grad oder den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen; dies gilt auch für ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis nach § 5 dieser Bedingungen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- (4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 Prozent vermindert, können wir unsere Leistungen einstellen.

Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 6 dieser Bedingungen mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des darauf folgenden Versicherungsvierteljahres.

- (5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder der Umfang gemindert, können wir unsere Leistungen einstellen. § 7 Abs. 4 gilt entsprechend.
- (6) Vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit gilt die gesetzliche Schadensminderungspflicht des Versicherten. Für die Feststellung der Berufsunfähigkeit sind allerdings Anordnungen des untersuchenden oder behandelnden Arztes, die körperlicher Eingriffe bedürfen, nicht relevant.

§ 8 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 dieser Bedingungen von Ihnen, dem Versicherten oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Zusatzversicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

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

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Zusatzversicherung.
- (2) Abweichend von den Bedingungen für die jeweilige Hauptversicherung können wir von der Zusatzversicherung binnen fünf Jahren seit Vertragsabschluss zurücktreten, wenn die Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind. Bei Eintritt des Versicherungsfalles innerhalb dieser fünfjährigen Rücktrittsfrist können wir auch noch nach Ablauf dieser Frist innerhalb von zwölf Monaten vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Die Fondsgebundene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie für sich allein kündigen. Eine Rückvergütung aus der Zusatzversicherung entsteht nicht.

- (4) Stellen Sie die Hauptversicherung prämienfrei, erlischt die Fondsgebundene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.
- (5) Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, so berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückvergütung, prämienfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie die Prämie unverändert weitergezahlt hätten.
- (6) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.
- (7) Bei Anerkennung der Leistungspflicht im Falle der Berufsunfähigkeit werden Sie von der vollen Prämienzahlungspflicht zur Hauptversicherung einschließlich Zusatzversicherungen befreit. Den Anlagebetrag legen wir entsprechend der ursprünglich vereinbarten Zahlungsweise in den gewählten Fonds an.
- (8) Die Fondsgebundene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört derselben Bestandsgruppe an wie die Hauptversicherung. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.
- (9) Auf die Fondsgebundene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erhalten Sie Sofort-Überschussanteile in Prozent der Risikoprämie (ohne Berufszuschläge). Diese monatlichen Überschussanteile werden in Anteilheiten der in der Hauptversicherung gewählten Fonds umgewandelt.

Während des Leistungsbezugs erhalten Sie laufende Überschussanteile in Prozent der überschussberechtigten Deckungsrückstellung¹. Die erste Zuteilung erfolgt erstmals zu Beginn des Versicherungsjahres, das frühestens ein Jahr nach Leistungsbeginn beginnt. Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und zum Ende der Leistungsdauer an Sie ausgezahlt.

- (10) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.
- (11) Sollte eine planmäßige Erhöhung der Prämien und Leistungen (dynamische Anpassung) der Hauptversicherung und der eingeschlossenen Zusatzversicherungen vereinbart worden sein, so kann diese Regelung auf Wunsch des Versicherungsnehmers auch im Fall der Berufsunfähigkeit weiterbestehen. Die vereinbarte Prämienübernahme bezieht sich jedoch nicht auf dynamische Erhöhpriämien für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen nach Beginn der Berufsunfähigkeit, sofern dies nicht vereinbart wurde; diese sind vom Versicherungsnehmer selbst zu tragen.

§ 10 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Die Bestimmungen über Einschränkungen und Ausschlüsse des Versicherungsschutzes (vgl. § 3), die Rückvergütungen und prämienfreie Summen sowie die Überschussbeteiligung (vgl. § 9), können mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

Auf das Recht der Prämienanpassung gemäß § 41 VVG verzichten wir. Bei einer nicht vorhersehbaren Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den bei Vertragsabschluss zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen haben wir nach § 172 VVG unter bestimmten Voraussetzungen das Recht, die Prämien auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen. Auf diese Schutzvorschrift für die Versichertengemeinschaft verzichten wir nicht, um zu jedem Zeitpunkt der Vertragslaufzeit die dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Leistungszusage sicherzustellen. Diese Änderung kann ohne Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders nicht vorgenommen werden. Darüber hinaus gelten die Bestimmungen der Hauptversicherung.

¹Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und §§ 341a, 341e des Handelsgesetzbuch (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

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

- (1) Die Prämie für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich um einen fest vereinbarten Prozentsatz (höchstens 10 Prozent), mindestens jedoch um jährlich 5 Prozent der Vorjahresprämie.
- (2) Die Prämienerrhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (3) Die Erhöhungen erfolgen bis drei Jahre vor Ablauf der Prämienzahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis der Versicherte das rechnerische Alter¹ von 65 Jahren erreicht hat.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen der Prämien und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.
- (3) Bei Ableben der mitversicherten Person erfolgt keine weitere Erhöhung von Prämie und Versicherungsleistung.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnerischen Alter¹ der versicherten Person, der restlichen Prämienzahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Prämienzuschlag. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Prämien.
- (2) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet § 14 – Abschlusskosten – der Bedingungen für Ihre Versicherung.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Frist des § 9 Abs. 3 – Verletzung der Anzeigepflicht – und des § 23 – Selbsttötung – der Bedingungen nicht erneut in Lauf.
- (3) Im Übrigen gelten ergänzend die jeweiligen Bedingungen der Hauptversicherung.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- (4) Sofern eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt wurde und nichts anderes vereinbart wurde, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Prämienzahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

¹Das rechnerische Alter des Versicherten ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

Die folgenden Ausführungen enthalten Informationen über die für Ihren Versicherungsvertrag nach dem Stand vom 01.01.2004 maßgebenden Steuerregelungen, die durch zukünftige Novellierungen der Steuergesetze jedoch geändert werden können. Wegen der knappen Darstellung können sie nicht vollständig sein und eine steuerliche Beratung nicht ersetzen.

Versicherungssteuergesetz § 6 Abs. 1 Ziff. 1 VersStG

Das Versicherungsentgelt für Lebensversicherungen unterliegt einer Versicherungssteuer von 4 Prozent. Für Lebensversicherungen mit einer Laufzeit von weniger als 10 Jahren, für die keine laufende, im Wesentlichen gleich bleibende Prämienzahlung vereinbart ist, wird eine Versicherungssteuer von 11 Prozent erhoben.

Erbschaftssteuergesetz

Der Erbschafts- oder Schenkungssteuer unterliegt der Erwerb im Zuge einer Erbschaft und die Schenkung unter Lebenden. Die fällige Versicherungsleistung ist dann erbschafts- oder schenkungssteuerpflichtig, wenn sie nicht an den Versicherungsnehmer ausbezahlt wird.

Kapitalertragssteuergesetz

Lebensversicherungen unterliegen nicht der Kapitalertragssteuer (§ 93 EStG).

Einkommensteuergesetz § 2 Abs. 3 Ziff. 5 und 7 sowie § 27 Abs. 1 Ziff. 6 und § 29 Ziff. 1

Die Leistungen aus Lebensversicherungsverträgen unterliegen generell – bis auf Leistungen in Rentenform – nicht der Einkommensteuer, es sei denn, dass

- die Vertragsdauer weniger als 10 Jahre beträgt,
- der Vertrag nicht gegen laufende, im Wesentlichen gleich bleibende Prämienzahlung abgeschlossen wurde.

Sonderausgaben § 18 EStG 1988

1. Folgende Ausgaben sind bei der Ermittlung des Einkommens als Sonderausgaben abzuziehen, soweit sie nicht Betriebsausgaben oder Werbungskosten sind:

- Lebensversicherung (Kapital- oder Rentenversicherung)

2. Beiträge zu Versicherungsverträgen auf den Erlebensfall (Kapitalversicherung) sind nur abzugsfähig, wenn der Versicherungsvertrag vor dem 1. Juni 1996 abgeschlossen worden ist, für den Fall des Ablebens des Versicherten mindestens die für den Erlebensfall vereinbarte Versicherungssumme zur Auszahlung kommt und zwischen dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und dem Zeitpunkt des Anfallens der Versicherungssumme im Erlebensfall ein Zeitraum von mindestens zwanzig Jahren liegt. Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses das 41. Lebensjahr vollendet, dann verkürzt sich dieser Zeitraum auf den Zeitraum bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, er darf jedoch nicht weniger als zehn Jahre betragen.

Versicherungsprämien sind nur dann abzugsfähig, wenn das Versicherungsunternehmen Sitz oder Geschäftsleitung im Inland hat oder ihm die Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb im Inland erteilt wurde.

Beiträge zu Rentenversicherungsverträgen sind nur abzugsfähig, wenn eine mindestens auf die Lebensdauer zahlbare Rente vereinbart ist.

3. Besteht der Beitrag (die Versicherungsprämie) in einer einmaligen Leistung, so kann der Erbringer dieser Leistung auf Antrag ein Zehntel des als Einmalprämie geleisteten Betrages durch zehn aufeinander folgende Jahre als Sonderausgaben in Anspruch nehmen. Werden als Sonderausgaben abgesetzte Versicherungsprämien ohne Nachversteuerung (Abs. 4 Ziff. 1) vorausgezahlt, rückgekauft oder sonst rückvergütet, dann vermindern die rückvergüteten Beträge beginnend ab dem Kalenderjahr der Rückvergütung die aus diesem Vertrag als Sonderausgaben absetzbaren Versicherungsprämien.

4. In folgenden Fällen sind die als Sonderausgaben abgesetzten Beträge nachzuversteuern:

Eine Nachversteuerung von Versicherungsprämien (Abs. 1 Ziff. 2) hat zu erfolgen, wenn

- die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag auf den Erlebensfall innerhalb von zwanzig Jahren seit Vertragsabschluss ganz oder zum Teil abgetreten oder rückgekauft werden.
- Dieser Zeitraum verkürzt sich, wenn der Versicherte im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses das 41. Lebensjahr vollendet hat, entsprechend Abs. 1 Ziff. 2 innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsabschluss eine Vorauszahlung oder Verpfändung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erfolgt, die Ansprüche aus einem Rentenversicherungsvertrag ganz oder zum Teil durch eine Kapitalzahlung abgegolten werden.

Eine Nachversteuerung erfolgt nicht,

- wenn die Ansprüche aus einer kurzen Ablebensversicherung abgetreten oder verpfändet wurden,
- die Nachversteuerung bei den Erben vorzunehmen wäre oder
- der Steuerpflichtige nachweist, dass die angeführten Tatsachen durch wirtschaftliche Notlage verursacht sind.

Die Umstände, die zu einer Nachversteuerung oder Verminderung der absetzbaren Versicherungsprämien (Abs. 1 Ziff. 2 letzter Satz) führen, müssen dem Wohnsitzfinanzamt ohne amtliche Aufforderung innerhalb eines Monats mitgeteilt werden

- vom Versicherungsunternehmen im Falle des Rückkaufs, der Abgeltung der Ansprüche aus einem Rentenversicherungsvertrag sowie einer Vorauszahlung, einer Verpfändung oder einer sonstigen Rückvergütung,
- vom Steuerpflichtigen in allen übrigen Fällen.
- Im Falle der Verminderung der absetzbaren Versicherungsprämien (Abs. 1 Ziff. 2 letzter Satz) entfällt die Meldepflicht dann, wenn die rückvergüteten Beträge mit künftigen Versicherungsprämien aufgerechnet werden.

Bei Rückkauf, Vorauszahlung, Verpfändung und Abtretung der Ansprüche oder einer sonstigen Rückvergütung der Prämien kann es zu einer Nachbesteuerung der Prämien kommen.

Betriebliche Altersvorsorge § 3 Abs. 1 Ziff. 15a EStG 1988

Von der Einkommensteuer sind befreit:

Zuwendungen des Arbeitgebers für die Zukunftssicherung seiner Arbeitnehmer, soweit diese Zuwendungen an alle Arbeitnehmer oder bestimmte Gruppen seiner Arbeitnehmer geleistet werden oder dem Betriebsratsfonds zufließen und für den einzelnen Arbeitnehmer 300 EUR jährlich nicht übersteigen.

Werden die Zuwendungen des Arbeitgebers für die Zukunftssicherung seiner Arbeitnehmer in Form von Beiträgen für eine Er- und Ablebensversicherung oder eine Erlebensversicherung geleistet, gilt Folgendes:

- Beiträge zu Er- und Ablebensversicherungen sind nur dann steuerfrei, wenn für den Fall des Ablebens des Versicherten mindestens die für den Erlebensfall vereinbarte Versicherungssumme zur Auszahlung gelangt und die Laufzeit der Versicherung nicht vor dem Beginn des Bezuges einer gesetzlichen Alterspension oder vor Ablauf von zehn Jahren endet.
- Beiträge zu Er- und Ablebensversicherungen, bei denen für den Fall des Ablebens des Versicherten nicht mindestens die für den Erlebensfall vereinbarte Versicherungssumme zur Auszahlung gelangt, und Beiträge zu Erlebensversicherungen sind nur dann steuerfrei, wenn die Laufzeit der Versicherung nicht vor dem Beginn des Bezuges einer gesetzlichen Alterspension endet.
- Die Versicherungspolizze ist beim Arbeitgeber oder einem vom Arbeitgeber und der Arbeitnehmervertretung bestimmten Rechtsträger zu hinterlegen.
- Werden Versicherungsprämien zu einem früheren Zeitpunkt rückgekauft oder sonst rückvergütet, hat der Arbeitgeber die steuerfrei belassenen Beiträge als sonstigen Bezug gemäß § 67 Abs. 10 zu versteuern, es sei denn, der Rückkauf oder die Rückvergütung erfolgt bei oder nach Beendigung des Dienstverhältnisses.