

# Verbraucherinformationen

## PrismaRent

### Fondsgebundene Rentenversicherung mit Kostenausgleichsvereinbarung

#### **Inhaltsverzeichnis**

---

Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung PrismaRent	2
Allgemeine Angaben über die Steuerregelung	3
Illustrative Angaben über die Kostenbelastung des Versicherungsvertrages	4
Hinweise zur Datenverarbeitung	6
Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung PrismaRent	8
Bedingungen für die Beitragsgarantie PrismaRent	13
Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung PrismaRent	15
Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung	17
Bedingungen für das Ablaufmanagement	18
Bedingungen für die Zuwachsversicherung (Dynamik) PrismaRent	19
Bedingungen für die Kostenausgleichsvereinbarung (KAV)	20
Bedingungen für die Zahlungsausfallversicherung (ZAV)	21
Gebührentabelle	25

---

# Informationen zur Fondsgebundenen Rentenversicherung PrismaRent

*Sehr geehrter Kunde,  
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Die Angaben in diesen Informationen ergänzen diejenigen Angaben, die bereits in dem von Ihnen gestellten Versicherungsantrag oder in den weiteren Unterlagen der Verbraucherinformationen enthalten sind. Bewahren Sie diese Verbraucherinformationen bitte sorgfältig auf. Sie sind Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.*

## VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND GELTENDES RECHT

Für das jeweilige Versicherungsverhältnis gelten die Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung nach dem Tarif Fondsgebundene Rentenversicherung PrismaRent Januar 2010. Bei Vereinbarung des Berufsunfähigkeitschutzes gelten zusätzlich die Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsdeckung PrismaRent. Bei Vereinbarung einer dynamischen Anpassung gelten zusätzlich die Bedingungen für die Zuwachsversicherung PrismaRent. Bei Vereinbarung einer (anteiligen) Beitragsgarantie gelten zusätzlich die Bedingungen zur Beitragsgarantie PrismaRent. Sie sind Bestandteil dieser Verbraucherinformationen. Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

## VERSICHERER UND VERTRAGSPARTNER

Ihr Vertragspartner ist die:

PrismaLife AG  
Industriestraße 56  
9491 Ruggell  
Liechtenstein

Telefon: +423 237 00 00  
Fax: +423 237 00 09  
info@prismalife.com  
www.prismalife.com

im Folgenden PrismaLife.

Die PrismaLife ist ein Lebensversicherungsunternehmen.

## LEISTUNGEN DES VERSICHERERS

Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice und den jeweiligen Versicherungsbedingungen.

## ANPASSUNG DER RISIKO- UND KOSTENPRÄMIEN

Unser verantwortlicher Aktuar prüft jedes Jahr, ob die Risiko- und Kostenprämien erwartungsgemäß für das nächste Jahr ausreichen. Die Risiko- und die Kostenprämien können jährlich erhöht werden, wenn sich der Aufwand für die Risikotragung bzw. die Vertragsverwaltung erhöht. Die Erhöhung erfolgt auf Vorschlag unseres verantwortlichen Aktuars und nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (analog § 11b VAG).

## BEITRÄGE UND ZAHLWEISE

Der Beitrag für Ihren Versicherungsvertrag wird auf Ihrer Versicherungspolice ausgewiesen. Die Beitragszahlung erfolgt monatlich. Zuzahlungen ab einem Betrag von EUR 250 sind jederzeit möglich.

## ABSCHRIFTEN

Sie können jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die Sie mit Bezug auf die Police abgeben haben.

## RÜCKKAUFSWERTE

Gemäß den Regelungen des Versicherungsvertrages haben wir nach vollständiger Kündigung den Rückkaufswert zu erstatten. Der Rückkaufswert berechnet sich auf Basis des Geldwertes des Deckungskapitals am Tag der Wirksamkeit der Kündigung. Erfolgt die Kündigung in den ersten zehn Vertragsjahren, reduziert sich das Deckungskapital um den Treuefonds. Den Rückkaufswert erhält man, wenn man von diesem verbleibenden Wert die Gebühr für die Kündigung (vgl. Gebührentabelle), noch nicht abgerechnete Verwaltungs- und Risikokosten sowie einen als angemessen angesehenen Abzug in Höhe eines Prozentsatzes der bis zum Zeitpunkt der Kündigung bezahlten Beiträge abzieht. Sollten in den Sondervermögen Ihrer Versicherungspolice Wertpapiere enthalten sein, die nicht liquidiert bzw. nicht in Geld verkauft werden können, erbringen wir den Rückkaufswert in Form von Naturalleistungen. Der Rückkaufswert wird in der Regel in den ersten Jahren nach Vertragsbeginn geringer als die Summe der eingezahlten Beiträge sein. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „§ 12 Wann können Sie die Versicherung kündigen?“.

## BESCHWERDESTELLEN

Falls Sie sich einmal beschweren wollen, können Sie dies bei:

Beschwerdestelle der PrismaLife AG  
Industriestraße 56  
9491 Ruggell  
Liechtenstein  
beschwerdestelle@prismalife.com

## FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein

Heiligkreuz 8,  
Postfach 279  
9490 Vaduz  
Liechtenstein

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von den Beschwerdemöglichkeiten unberührt.

## ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Als Fondsgebundene Rentenversicherung PrismaRent ist dieser Vertrag nicht an den Überschüssen beteiligt. Sie sind bei einer Fondsgebundenen Rentenversicherung stattdessen unmittelbar an der Wertentwicklung der gewählten Fonds beteiligt.

## FONDS DER FONDSGEBUNDENEN RENTENVERSICHERUNG

Die Anlagebeiträge Ihrer Fondsgebundenen Rentenversicherung werden in den von Ihnen ausgewählten Fonds angelegt. Bei Wahl der Beitragsgarantie wird die Fondsauswahl für Beitragsteile, die zur Sicherstellung der Garantie dienen von PrismaLife getroffen. Den Anteil der frei wählbaren Fondsanteile entnehmen Sie der Tabelle in den Zusatzinformationen zur Beitragsgarantie. Diese Fonds bilden eigene, vom Vermögen des Versicherers getrennt verwaltete Anlagestöcke. Informationen zu den Fonds entnehmen Sie bitte den Fondsinformationen bzw. erhalten Sie von Ihrem Vermittler.

## LEIBRENTE

Zum Ablauf der Aufschubzeit erhalten Sie eine Leibrente. Hierzu wird das angesparte Deckungskapital zu den dann gültigen Bedingungen unter Beachtung der bei Vertragsabschluss garantierten Rentenfaktoren in eine Leibrente umgewandelt.

## TEILVERRENTUNGSOPTION

Sie können auch schon vor Ablauf der Aufschubzeit einen Teil Ihres angesparten Deckungskapitals in eine Rente umwandeln. Für diese Teilverrentung gelten die dann gültigen Bedingungen unter Beachtung der bei Vertragsabschluss garantierten Rentenfaktoren.

## KAPITALWAHLRECHT

Zum Ende der Aufschubzeit können Sie anstelle der Rentenzahlung die Kapitalabfindung wählen. In diesem Fall zahlt die PrismaLife das angesammelte Anteilguthaben abzüglich etwaiger Quellensteuern aus. Durch die Kapitalabfindung erlischt die Versicherung.

## GARANTIEWERTE

Für den Fall, dass Sie die Beitragsgarantie gewählt haben, garantiert die PrismaLife, dass das Deckungskapital zum Zeitpunkt der Gültigkeit der Beitragsgarantie mindestens der gemäß Ihrer Police vereinbarten Summe der eingezahlten Beiträge abzüglich Transaktionskosten entspricht.

Für den Fall, dass Sie nicht die Beitragsgarantie gewählt haben, garantiert die PrismaLife weder die Höhe der Rückkaufswerte noch der Ablaufleistung. Einzelne der von der PrismaLife im Rahmen ihrer Produkte angebotenen Investmentfonds bieten Garantien für Mindestablaufleistungen sowie zum Teil auch für erreichte Fondshöchststände.

## KOSTENAUSGLEICHSVEREINBARUNG

Die mit Abschluss des Versicherungsvertrages entstehenden Abschluss- und Einrichtungskosten werden separat über eine Kostenausgleichsvereinbarung, die im Antragsformular mit beantragt wird, ausgeglichen. Bitte beachten Sie, dass die Auflösung des Versicherungsvertrages grundsätzlich nicht zur Beendigung der Kostenausgleichsvereinbarung führt.

## KOSTENAUSGLEICHPROTECT

Die Zahlungsausfallversicherung KostenausgleichProtect dient zur Absicherung der Teilzahlungsraten im Rahmen Ihrer Kostenausgleichsvereinbarung mit der PrismaLife im Falle Ihres Todes, Ihrer Arbeitslosigkeit oder Ihrer Arbeitsunfähigkeit. Alle Versicherungsnehmer sind bei gegebener Versicherungsfähigkeit obligatorisch im Rahmen der KostenausgleichProtect versichert.

## ANTRAGSBINDEFRIST

An den Versicherungsantrag sind Sie sechs Wochen ab dem Tag der Antragstellung (oder ärztlichen Untersuchung) gebunden.

## KÜNDIGUNG

Sie können Ihre Fondsgebundene Rentenversicherung PrismaRent jederzeit schriftlich kündigen. Ihre Kündigung wird zehn Bankarbeitstage nach Zugang bei der PrismaLife wirksam. Die Kündigung des Versicherungsvertrages führt aber grundsätzlich nicht zur Beendigung der Kostenausgleichsvereinbarung. Die fälligen Tilgungsraten der KAV müssen weiterhin beglichen werden.

# Allgemeine Angaben über die Steuerregelung in der Bundesrepublik Deutschland

Für Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen mit Vertragsbeginn ab 01.01.2010

---

## A. EINKOMMENSTEUER

### Einzahlungsphase:

- Beiträge zu fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben abgezogen werden.
- Während der Vertragslaufzeit bleiben die von der Versicherungsgesellschaft erwirtschafteten Erträge einkommensteuerfrei. Auch Fondswechsel sind möglich, ohne dass dies steuerrechtliche Auswirkungen hat.

### Auszahlungsphase:

In der Auszahlungsphase ist zu unterscheiden:

- Wenn die Versicherungsleistung als Einmalkapital ab einem Alter von mindestens 60 Jahren und nach einer Vertragslaufzeit von mindestens zwölf Jahren ausgezahlt wird, kommt das sogenannte Halbeinkünfteverfahren zur Anwendung. Dies bedeutet, dass die Hälfte des Differenzbetrags zwischen der Versicherungsleistung im Erlebensfall und der Summe der gezahlten Beiträge dem individuellen Einkommensteuertarif unterliegt. Wenn im Zeitpunkt der Auszahlung der Versicherungsleistung eine der genannten Voraussetzungen nicht erfüllt ist (also Auszahlung schon vor Vollendung des 60. Lebensjahres und/oder vor Ablauf

von zwölf Jahren Vertragslaufzeit) unterliegt der Differenzbetrag zwischen der Versicherungsleistung im Erlebensfall und der Summe der gezahlten Beiträge der Kapitalertragssteuer.

- Wenn die Versicherungsleistung in Form einer Rente ausgezahlt wird, ist nur der Ertragsanteil zu versteuern. Der Ertragsanteil umfasst den Teil der Rentenzahlung, der aus Kapitalerträgen stammt. Der Ertragsanteil wird vom Gesetzgeber festgelegt und richtet sich nach dem Alter des Empfängers zu Beginn der Rentenzahlung. Leibrenten mit einer vertraglich vereinbarten Mindestlaufzeit (Rentengarantiezeit) sind nur dann mit dem Ertragsanteil zu versteuern, wenn die Rentengarantiezeit die bei Rentenbeginn verbleibende Lebenserwartung der versicherten Person nicht übersteigt. Andernfalls werden die Leistungen als Kapitalleistungen gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG versteuert. Die Lebenserwartung wird auf Basis der bei Vertragsabschluss zugrunde gelegten Sterbetafel berechnet.
- Todesfallleistungen sind von der Einkommensteuer befreit.

---

## B. ERBSCHAFTSSTEUER/ SCHENKUNGSSTEUER

Ansprüche oder Leistungen aus fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen unterliegen der Erbschafts- bzw. Schenkungssteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers

oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z.B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie grundsätzlich nicht erbschafts- und schenkungssteuerpflichtig.

---

## C. VERSICHERUNGSSTEUER

Beiträge zu fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen sind von der Versicherungssteuer befreit.

**Diese Steuerinformation stellt keinen Ersatz für eine individuelle Steuerberatung dar. Insbesondere können verschiedene Vertragsänderungen oder die Änderung der rechtlichen Grundlagen Auswirkungen auf die Besteuerung Ihres Versicherungsvertrages haben.**

## Illustrative Angaben über die Kostenbelastung des Versicherungsvertrages

Dem Versicherungsvertrag werden folgende Kosten belastet:

A. Die Abschluss- und Einrichtungskosten werden separat im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung getilgt und hier nicht einberechnet.

B. Die Verwaltungskosten werden gemäß § 6 der Versicherungsbedingungen und gemäß der aktuell gültigen Gebührentabelle aus dem Fondsvermögen bzw. den laufenden Beiträgen entnommen.

C. Risikoprämien innerhalb der Fondsgebundenen Rentenversicherung: Die Kosten für die Übernahme des Versicherungsschutzes werden gemäß § 6 der Versicherungsbedingungen aus dem Fondsvermögen entnommen.

Der Einfluss der Kostenbelastungen wird im Folgenden anhand einer illustrativen Musterrechnung mit der "PrismaLife gemanagte Strategie Sicherheit" erläutert. Hierbei wird eine männliche versicherte Person mit Eintrittsalter 30 Jahre, ein Monatsbeitrag von EUR 100, eine Beitragszahlungsdauer von 37 Jahren und eine Aufschubzeit von 45 Jahren unterstellt. Für die Musterrechnung wurde ein Vertrag ohne individuellen Todesfallschutz und ohne Beitragsgarantie betrachtet. Während der Laufzeit der Kostenausgleichsvereinbarung ist der reduzierte Beitrag (Step Up) berücksichtigt:

Jahr	Bezahlte Beiträge	Rückkaufwert bei einer Nettoperformance der gewählten Fonds von	
		3 %	8 %
1	238	172	178
2	476	376	397
3	715	586	634
25	26'153	38'041	71'904
37	40'553	77'387	224'860
Ablauf	40'553	104'913	445'790

Diese Zahlen ergeben eine hypothetische Beitragsrendite von:

		3 %	8 %
Alter 67	Beitragsrendite nach 37 Jahren	3.54 %	8.61 %
Ablauf Alter 75	Beitragsrendite nach 45 Jahren	3.63 %	8.68 %

Die in die Beiträge eingerechneten Kosten führen zu keiner Renditereduktion gegenüber der angenommenen Fondsperformance. Die dargestellten Überrenditen entstehen durch die Kostenrückerstattungen aus den Investmentfonds.

Im Folgenden wird die Renditereduktion durch die im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung getilgten anfänglichen Abschluss- und Einrichtungskosten exemplarisch dargestellt. Dabei wird jeweils ein Vertrag mit EUR 100 Monatsbeitrag und Beitragszahlungsdauer = Versicherungsdauer berechnet:

Versicherungs- dauer/ Beitragszah- lungsdauer	Kostenbelastung per Beginn	Renditereduktion bei angenommener Beitragsrendite von	Renditereduktion bei angenommener Beitragsrendite von
		3%	8%
20 Jahre	3 % der Beitragssumme	0.36 %	0.41 %
	4 % der Beitragssumme	0.48 %	0.56 %
	zusätzlich für jedes weitere Prozent der Beitragssumme	ca. 0.13 %	ca. 0.16 %
30 Jahre	3 % der Beitragssumme	0.26 %	0.32 %
	4 % der Beitragssumme	0.35 %	0.43 %
	zusätzlich für jedes weitere Prozent der Beitragssumme	ca. 0.10 %	ca. 0.12 %
35 Jahre	3 % der Beitragssumme	0.23 %	0.29 %
	4 % der Beitragssumme	0.31 %	0.39 %
	zusätzlich für jedes weitere Prozent der Beitragssumme	ca. 0.09 %	ca. 0.11 %

Bitte beachten Sie die folgenden wichtigen Hinweise:

- Die oben dargestellten Zahlen sind ohne Berücksichtigung der Kostenausgleichsvereinbarung berechnet.
- Die tatsächliche Höhe der Renditereduktion ist abhängig vom Eintrittsalter und Geschlecht des Versicherten, von der Aufschubzeit, der Beitragszahlungsdauer, von der Fondsauswahl sowie von der tatsächlichen Performance der gewählten Fonds. Bei kürzeren Aufschubzeiten kann die Beitragsrendite niedriger ausfallen als bei den oben genannten Beispielen.
- Die Darstellung geht von einer gleichmäßigen Fondsperformance aus, während diese in der Realität schwankt. Die Höhe dieser angenommenen gleichmäßigen Nettoperformance der zugrundeliegenden Fonds ist eine reine Annahme zur Illustration des Einflusses der Kostenkomponenten. In der Realität kann diese Nettoperformance höher oder tiefer als die dargestellte sein. Die angenommenen Werte sind in keinem Falle garantiert.
- Unter Nettoperformance ist die Performance der zugrundeliegenden Fonds nach Kostenbelastungen durch die Fondsanbieter zu verstehen.
- Unter Renditereduktion durch Kosten ist die Differenz zwischen der angenommenen gleichmäßigen Nettoperformance der zugrundeliegenden Fonds und der Beitragsrendite zu verstehen.
- Oben stehende Tabellen haben rein illustrativen Charakter und können eine ausführliche Beratung durch Ihren Vermittler nicht ersetzen. Ihr Vermittler wird Ihnen gerne eine auf Sie abgestimmte Berechnung erstellen.

### ERHALTEN SIE ABSCHLUSSKOSTEN ÜBER DIE LAUFZEIT ZURÜCK?

Die PrismaLife belohnt langjährige Kunden für ihre Vertragstreue. Aus diesem Grund erstatten wir Ihnen durch die anteilige Rückerstattung von Kosten aus den Investmentfonds über die Vertragslaufzeit einen Teil der Abschlusskosten zurück. Bitte beachten Sie: Die Höhe der Kostenrückerstattung hängt dabei vom gewählten Investmentfonds ab. Für einzelne Fonds gibt es keine Rückerstattung. Insbesondere bei Anlage in ETFs (börsennotierte Fonds) können aufgrund ihrer Struktur und der mit dem Kauf, Verkauf und Halten der Anteile verbundenen Kosten zusätzliche Kostenbelastungen entstehen.

Die Rückerstattungen werden jährlich dem sogenannten Treuefonds zugewiesen. Dieser Treuefonds wird am Kapitalmarkt angelegt. Ihre Police wird am Treuefonds beteiligt und Ihr Anteil ist ab dem zehnten Versicherungsjahr voll rückkaufsfähig. Die PrismaLife garantiert nicht, dass die Abschlusskosten vollständig an Sie zurückerstattet werden, die Erstattungen sind u.a. von der Fondsp performance abhängig. Durch Ihre Vertragstreue haben Sie jedoch die Möglichkeit die Abschlusskosten über den Treuefonds zurück zu erhalten.

In der folgenden Tabelle wollen wir Ihnen beispielhaft eine Investition in die "PrismaLife gemanagte Strategie Sicherheit" für verschiedene Alter-Laufzeit-Kombinationen darstellen. Dort sehen Sie, zu welchem Zeitpunkt bei einer unterstellten Netto performance von 3% bzw. 8% die vollen Abschlusskosten über den Treuefonds an Sie zurückfließen. Zusätzlich finden Sie dort auch den Wert des Treuefonds bei der unterstellten Netto performance der "PrismaLife gemanagte Strategie Sicherheit" zum Alter 67.

Eintrittsalter	Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer	Barwert der Abschlusskosten bei Vertragsbeginn	Versicherungsjahr, in dem der Wert des Treuefonds die Abschlusskosten übersteigt bei einer Netto performance des Fonds		Wert des Treuefonds zum Ende der Aufschubzeit bei einer Netto performance des Fonds	
			von 3%	von 8%	von 3%	von 8%
20	47	1'440 EUR	Jahr 18	Jahr 16	27'944 EUR	139'242 EUR
25	42	1'440 EUR	Jahr 18	Jahr 16	19'463 EUR	79'243 EUR
30	37	1'332 EUR	Jahr 17	Jahr 15	13'439 EUR	45'505 EUR
35	32	1'152 EUR	Jahr 16	Jahr 14	9'088 EUR	25'889 EUR
40	27	972 EUR	Jahr 14	Jahr 13	5'858 EUR	14'073 EUR
45	22	792 EUR	Jahr 13	Jahr 11	3'529 EUR	7'170 EUR
50	17	612 EUR	Jahr 11	Jahr 10	1'918 EUR	3'307 EUR

Erläuterung: Dieser Tabelle liegen Musterrechnungen mit einem Monatsbeitrag von EUR 100 zugrunde. Während der Laufzeit der Kostenausgleichsvereinbarung wurde der reduzierte Monatsbeitrag (Step-Up) berücksichtigt. Die tatsächlichen Werte sind u.a. von der Fondsp performance abhängig. Die tatsächlichen Performancesätze können höher oder geringer als in der Musterrechnung ausfallen. Die Tabelle hat daher lediglich einen illustrativen Charakter.

# Hinweise zur Datenverarbeitung

## VORBEMERKUNG

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln. Auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das deutsche Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und liechtensteinische Datenschutzvorschriften geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und –nutzung zulässig, wenn das BDSG, die liechtensteinischen Datenschutzvorschriften oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG und die liechtensteinischen Datenschutzvorschriften erlauben die Datenverarbeitung und –nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treue und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragsstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und –nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

## ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT UND ZUM DATENSCHUTZ

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und –nutzung nennen.

### 1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben zum Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

### 2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen allenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadensbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

### 3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsveränderung und im Schadensfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenshöhe und Schadenstag.

### 4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband, Auskunfteien bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme. Solche Hinweissysteme gibt es u.a. beim Verband der Lebensversicherungs-Unternehmen. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiele:

- Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
  - aus versicherungsmedizinischen Gründen;
  - aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer;
  - wegen verweigerter Nachuntersuchung;
- Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers;
- Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

### 5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) werden durch rechtlich

selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungssumme, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sogenannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischer Anfrage sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von »Datenübermittlung«, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und die Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten.

Im erforderlichen Umfang können wir Daten, die sich aus dem Antrag auf Kostenausgleichsvereinbarung, der Kostenausgleichsvereinbarung oder ihrer Durchführung ergeben, an eine refinanzierende Bank und an Auskunftunternehmen (z.B. SCHUFA) übermitteln und/oder mit diesen in gemeinsamen Datensammlungen führen. Weiterhin können wir Auskunft über die uns betreffenden gespeicherten Daten bei Auskunftunternehmen erhalten, beispielsweise zur Prüfung der Bonität des Antragstellers. Dies gilt auch unabhängig vom Zustandekommen der Kostenausgleichsvereinbarung.

Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

### 6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen mit unserem Hause zusammenarbeitenden Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne

sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.

Um seine Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen.

Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Die Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Sie werden von uns auch über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

#### **7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte**

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten unseres Hauses. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen nach Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an die Hauptverwaltung der PrismaLife.

---

#### **RENTENBEZUGSMITTEILUNGEN**

Versicherungsunternehmen sind nach § 22a EStG verpflichtet, der Deutschen Rentenversicherung Bund Rentenbezugsmitteilungen zu übermitteln. Die Mitteilung muss bis zum 1. März des Jahres erfolgen, das auf das Jahr folgt, in dem die Rente zugeflossen ist. Die Mitteilung wird dann neben Ihrem Namen, Geburtsdatum, -ort und Ihrer Identifikationsnummer, den Betrag der Rente sowie Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs enthalten.

---

#### **MITTEILUNG AN DAS BUNDESZENTRALAMT FÜR STEUERN**

Gem. § 45d Absatz 3 Einkommensteuergesetz teilen wir dem Bundeszentralamt für Steuern das Zustandekommen des Versicherungsvertrages mit. Übermittelt werden hierbei Vor- und Zunamen, Geburtsdatum, Anschrift und Steueridentifikationsnummer des Versicherungsnehmers sowie die Vertragsnummer, Versicherungssumme und Laufzeit des fondsgebundenen Vertrages.

# Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung PrismaRent

*Sehr geehrter Kunde!*

*Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis werden die nachfolgenden Bedingungen vereinbart.*

## § 1 WAS IST VERSICHERT?

(1) Die Fondsgebundene Rentenversicherung ist eine Versicherung mit aufgeschobener, lebenslanger Rentenzahlung und wählbarer Mindestlaufzeit der Rente nach Ablauf der Aufschubzeit. Sie beinhaltet das Recht auf Kapitalabfindung anstelle der Rentenzahlung sowie eine Todesfallleistung bei Tod vor Ablauf der Aufschubzeit und – sofern vereinbart – Beitragsbefreiung im Falle der Berufsunfähigkeit. Optional kann die Fondsgebundene Rentenversicherung auch mit einer Beitragsgarantie abgeschlossen werden. Einzelheiten dazu entnehmen Sie den Bedingungen zur Beitragsgarantie PrismaRent.

(2) Vor Ablauf der Aufschubzeit ist die Fondsgebundene Rentenversicherung unmittelbar an der Wertentwicklung eines oder mehrerer der gewählten Fonds (Anlagestock) beteiligt. Der Begriff Fonds umfasst hierbei auch Sondervermögen. Die Anlagestöcke werden gesondert vom übrigen Vermögen der PrismaLife überwiegend in Wertpapieren angelegt und in Anteileneinheiten aufgeteilt. Die Ihrem Versicherungsvertrag gutgeschriebenen Anteile der Anlagestöcke ergeben zusammen das Deckungskapital Ihres Vertrages.

(3) Der Geldwert des Deckungskapitals an einem bestimmten Tag ergibt sich durch Multiplikation der Anzahl der Anteile der Anlagestöcke mit dem an diesem Tag für die Rückgabe von Anteilen gültigen Rücknahmekurs des jeweiligen Fonds (vgl. § 9).

(4) Erlebt die versicherte Person den Ablauf der vereinbarten Aufschubzeit, zahlen wir – vorbehaltlich von § 2 Abs. 5 – eine lebenslange Rente als Geldleistung. Die Möglichkeiten, die Sie bei Rentenbeginn haben, werden in § 2 beschrieben.

(5) Sie haben bis spätestens einen Monat vor Ende der Aufschubzeit die Möglichkeit, anstelle der Rentenzahlung eine Kapitalabfindung per Ende der Aufschubzeit zu beantragen. In diesem Fall erbringen wir am Ende der Aufschubzeit, falls die versicherte Person diesen Tag erlebt, anstelle der Rentenauszahlung eine Kapitalabfindung in Höhe des Deckungskapitals zu diesem Zeitpunkt. Die Kapitalabfindung erbringen wir gemäß den Bestimmungen des § 18 als Geldleistung oder in Form von Wertpapieren.

(6) Stirbt die versicherte Person während der Aufschubzeit, so leisten wir mindestens die steuerliche Mindesttodesfallleistung. Die steuerliche Mindesttodesfallleistung entspricht zu Vertragsbeginn 110% des Deckungskapitals, anschliessend sinkt der Prozentsatz jährlich konstant über die gesamte Aufschubzeit so, dass er am Ende der Aufschubzeit 100% beträgt.

Falls Sie eine individuelle Todesfallsumme mit uns vereinbart haben, leisten wir bei Tod der versicherten Person innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre die bezahlten Beiträge zurück. Bei Tod der versicherten Person nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre aber vor Ende der Aufschubzeit leisten wir die individuell vereinbarte Todesfallsumme, mindestens jedoch die steuerliche Mindesttodesfallleistung.

(7) Die Todesfallleistung erbringen wir gemäß den Bestimmungen des § 18 als Geldleistung oder in Form von Wertpapieren.

(8) Sofern Sie Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit vereinbart haben, gilt ferner: Wird die versicherte Person nach Ablauf der ersten drei Jahre nach Vereinbarung des Versicherungsschutzes

für Berufsunfähigkeit aber vor dem vorgesehenen Ablauf der Beitragszahlungsdauer pflegebedürftig oder zu mindestens 50% berufsunfähig im Sinne der Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung PrismaRent, so erbringen wir die volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Bei einem geringeren Grad besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung. Die Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit endet spätestens mit der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person.

## § 2 WELCHE BESTIMMUNGEN GELTEN FÜR DIE LEBENSANGE RENTE?

(1) Bei Rentenbeginn legen Sie die Rentenzahlungsweise Ihrer lebenslangen Rente fest. Diese kann jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich sein.

(2) Ebenso legen Sie bei Rentenbeginn die Mindestlaufzeit der Rente fest, bis zu deren Ende die Rente bezahlt wird, unabhängig davon, ob die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt oder nicht. Die Mindestlaufzeit der Rente (Rentengarantiezeit) kann zwischen 0 und 25 Jahren betragen. Die Wahl der Rentengarantiezeit kann steuerliche Auswirkungen haben (vgl. Allgemeine Angaben über die Steuerregelung unter A. Einkommensteuer).

(3) Die Rente wird in Form einer garantierten Rente mit Überschussbeteiligung nach den bei Rentenbeginn gültigen Tarifen, aber unter Beachtung der bei Vertragsabschluss garantierten Rentenfaktoren berechnet.

(4) Die Höhe der lebenslangen Rente ergibt sich aus dem Geldwert des am Ende der Aufschubzeit vorhandenen Deckungskapitals und den an diesem Tag für unsere Rentenprodukte gültigen Tarife und Rentenfaktoren. Der Rentenfaktor für Ihren Versicherungsvertrag wird auf Basis des Geschlechts und Alters der versicherten Person bei Rentenbeginn sowie der von Ihnen gewählten Garantiezeit bestimmt. Den bei Vertragsabschluss garantierten Rentenfaktor für Ihren Versicherungsvertrag, der sich aus der Sterbetafel (70% DAV 2004 R) und dem aktuellen Rechnungszins von 2,25% p. a. errechnet, entnehmen Sie Ihrer Police. Da die Entwicklung der Werte der Anlagestöcke nicht vorauszusehen ist, können wir den EUR-Wert der Leistung vor Beginn der Rentenzahlung nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kursanstieg der Anlagestöcke einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgang tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Dies bedeutet, dass die Rente bei einer guten Entwicklung der Anlagestöcke höher sein wird als bei einer weniger guten Entwicklung. Im Todesfall vor Rentenbeginn ist jedoch die vereinbarte Mindesttodesfallleistung garantiert.

(5) Unterschreitet die am Ende der Aufschubzeit berechnete Rente die Mindestrente, so wird anstelle einer Rente einmalig der Geldwert des Deckungskapitals ausgezahlt. Die Mindestrente ist abhängig von der Zahlweise der Rente:

Zahlweise	Mindestrente	Zahlweise	Mindestrente
monatlich	EUR 50	halbjährlich	EUR 300
vierteljährlich	EUR 150	jährlich	EUR 600

## § 3 WANN BEGINNT IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushängung der Versicherungspolice bestätigt haben.

Vor dem in der Versicherungspolice angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

## § 4 KÖNNEN SIE DEN VERSICHERUNGSVERTRAG WIDERRUFEN?

**Widerrufsrecht im Rahmen des Versicherungsvertrages:** Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der PrismaLife AG, Industriestraße 56 in FL-9491 Ruggell, widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt der Versicherungspolice, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen, der weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und dieser Belehrung jeweils in Textform. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

**Widerrufsfolgen:** Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der ggf. bereits bestehende Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, den Rückkaufswert nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz, mindestens jedoch die bisher gezahlten Beiträge. Die Abschluss- und Einrichtungskosten des Versicherungsvertrages bezahlen Sie durch die ebenfalls mit uns geschlossene Kostenausgleichsvereinbarung. Die beiden Verträge bilden damit eine wirtschaftliche Einheit. Widerrufen Sie den Versicherungsvertrag wirksam, sind Sie daher auch an die Kostenausgleichsvereinbarung nicht mehr gebunden, die damit auch endet. Wenn Sie im Zeitpunkt des Widerrufs die Forderung aus der Kostenausgleichsvereinbarung bereits ganz oder teilweise beglichen haben, erstatten wir Ihnen den gezahlten Betrag.

**Widerrufsrecht im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung:** Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der PrismaLife AG, Industriestraße 56 in FL-9491 Ruggell, widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt der Vertragsurkunde der Kostenausgleichsvereinbarung, der Durchschrift des Antrages und dieser Belehrung in Textform. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

**Widerrufsfolgen:** Mit der Kostenausgleichsvereinbarung bezahlen Sie die Abschluss- und Einrichtungskosten des ebenfalls mit uns geschlossenen Versicherungsvertrages. Die beiden Verträge bilden damit eine wirtschaftliche Einheit. Daher, und weil Ihnen in Bezug auf den Versicherungsvertrag ein Widerrufsrecht zusteht, ist dieser zu widerrufen, wobei ein wirksamer Widerruf neben dem Versicherungsschutz auch die Kostenausgleichsvereinbarung beendet. Widerrufen Sie dennoch die Kostenausgleichsvereinbarung, so gilt dies als Widerruf des Versicherungsvertrages, wobei ein wirksamer Widerruf neben dem Versicherungsschutz auch die Kostenausgleichsvereinbarung beendet. Bezüglich der weiteren Rechtsfolgen verweisen wir auf die oben stehenden Widerrufsfolgen in der Belehrung zum Widerrufsrecht im Rahmen des Versicherungsvertrages, die Sie bitte erneut zur Kenntnis nehmen.

## § 5 WAS BEDEUTET DIE VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle Fragen, welche wir Ihnen in Verbindung mit dem Versicherungsantrag und im Rahmen unserer vorvertraglichen

Nachfragemöglichkeit stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.

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

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir bei arglistiger und bei vorsätzlicher Anzeigepflichtverletzung binnen zehn Jahren und bei grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung binnen drei Jahren nach Vertragsschluss vom Vertrag zurücktreten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Im Fall einfach fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat binnen drei Jahren nach Vertragsschluss kündigen. Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 13 Abs. 1). Die zuvor genannten Rechte müssen wir innerhalb eines Monats nach unserer Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung unter Angabe der entsprechenden Gründe schriftlich geltend machen. Haben wir 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 oder die Feststellung des Versicherungsfalles haben noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich sind. Bei arglistiger Anzeigepflichtverletzung sind wir in jedem Fall leistungsfrei.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst oder gewollt auf unsere Annahmensecheidung Einfluss genommen wird. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die oben genannten Fristen beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

(6) Wenn die Versicherung durch Rücktritt, Anfechtung oder Kündigung aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 12 Abs. 3 ggf. vermindert um ausstehende Forderungen (z.B. rückständige Beiträge, Gebühren). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(7) Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts-, Kündigungs- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber der Versicherungspolice zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

## § 6 WIE VERWENDEN WIR IHRE BEITRÄGE UND DAS DECKUNGSKAPITAL?

(1) Von Ihren laufenden Beiträgen behalten wir Beitragsteile ein, die zur Finanzierung der Verwaltungskosten (vgl. Gebührentabelle) vorgesehen sind. Den nach Abzug dieser Positionen verbleibenden Anlagebeitrag investieren wir entsprechend der von Ihnen gewählten Anlagestrategie innerhalb von zwei Werktagen, frühestens aber am nächstmöglichen Handelstag

nach Gutschrift des Beitrags auf unserem Konto, mit dem für die Investition gültigen Ausgabekursen (vgl. § 9) in die jeweiligen Anlagestöcke und schreiben die erworbenen Anteile den Anlagestöcken Ihres Deckungskapitals gut. Beim ersten von Ihnen bezahlten Beitrag sowie bei etwaigen Zuzahlungen behalten wir uns vor, die Investition erst nach Ablauf von 30 Tagen durchzuführen.

(2) Die Jahresgebühr (vgl. Gebührentabelle), die einen Teil unseres Verwaltungsaufwands decken soll, entnehmen wir einmal jährlich zum Ende jeden Kalenderjahres dem Deckungskapital Ihres Versicherungsvertrags. Unser verantwortlicher Aktuar prüft jährlich, ob die zur Deckung des Verwaltungsaufwandes der PrismaLife belasteten Beträge ausreichend sind. Die Beträge können erhöht werden wenn sich der Verwaltungsaufwand der PrismaLife erhöht. Die Erhöhung erfolgt auf Vorschlag unseres verantwortlichen Aktuars und nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (analog § 11b VAG).

(3) Die zur Deckung des Todesfall- und Berufsunfähigkeitsrisikos bestimmten Beträge entnehmen wir zum Ende jeden Kalendermonats dem Deckungskapital. Sie berechnen sich als Produkt aus der nach einem anerkannten versicherungsmathematischen Verfahren berechneten Summe unter Risiko und der entsprechenden Wahrscheinlichkeit gemäß den jeweils aktuell gültigen Tafeln der Sterbewahrscheinlichkeiten bzw. Eintrittswahrscheinlichkeiten der Berufsunfähigkeit (vgl. Gebührentabelle). Bei der Berechnung der Summe unter Risiko werden sowohl laufende Beiträge als auch Zuzahlungen berücksichtigt. Unser verantwortlicher Aktuar prüft jährlich, ob diese Tafeln zur Deckung des Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisikos ausreichen. Die Sterbewahrscheinlichkeiten bzw. die Eintrittswahrscheinlichkeiten der Berufsunfähigkeit können erhöht werden, wenn sich der Aufwand für die Risikotragung erhöht. Die Erhöhung erfolgt auf Vorschlag unseres verantwortlichen Aktuars und nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (analog § 11b VAG).

(4) Für einzelne Fonds, z.B. ETFs, wird eine Depotverwaltungsgebühr erhoben. Die Höhe der Depotverwaltungsgebühr entnehmen Sie den aktuellen Fondsinformationen. Die Depotverwaltungsgebühr berechnet sich an Hand des durchschnittlichen Fondsvermögens p.a. Sie wird jeweils zum Ende jeden Kalenderjahres dem Fondsvermögen entnommen, bei unterjähriger Beendigung des Versicherungsvertrages zu diesem Zeitpunkt.

(5) Für die Entnahme aus den einzelnen Anlagestöcken des Deckungskapitals ist deren Verhältnis der Geldwerte maßgebend.

(6) Ausgeschüttete Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten werden wieder in den jeweiligen Vermögenswert investiert und erhöhen damit die Anzahl der Anteilseinheiten. Falls eine Investition in die im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerte nicht möglich ist, werden die ausgeschütteten Erträge in den Treuefonds (vgl. § 27 Abs. 2) investiert.

## § 7 KÖNNEN SIE DIE AUFTEILUNG DER ANLAGEBEITRÄGE ÄNDERN ODER ANTEILGUTHABEN ÜBERTRAGEN (WECHSEL DER FONDS) UND WELCHE GEBÜHREN WERDEN HIERFÜR ERHOBEN?

(1) Sie haben jederzeit den Anspruch darauf, dass alle zukünftigen Anlagebeiträge in einen oder mehrere andere von uns angebotene Fonds investiert werden (Switch). Der Switch wird aber frühestens fünf Tage nach dem Eingang des Switch-Auftrags wirksam.

(2) Sie können jederzeit die einzelnen Anlagestöcke neu bestimmen (Shift/Umschichtung). Hierzu werden gemäß Ihrem Auftrag innerhalb von einem Werktag nach vollständigem Eingang des Antrages sowie aller

sonst erforderlichen Unterlagen, aber frühestens zum nächstmöglichen Handelstag, die betroffenen Fondsanteile der bestehenden Anlagestöcke verkauft und der Verkaufserlös gemäß Ihrer Vorgabe in die von Ihnen bestimmten Anlagestöcke investiert. Maßgeblich für die Umrechnung sind die am Tag der Durchführung der Umschichtung gültigen Rücknahme- bzw. Ausgabekurse (vgl. § 9) der betroffenen Fonds. Die auf Ihrer Versicherungspolice aufgeführten weiteren Vertragsdaten bleiben von einer Umschichtung unberührt.

(3) Die Anzahl der kostenlosen Wechsel der Fonds, etwaige Gebühren für die Wechsel, sowie die mögliche Anzahl der Wechsel pro Jahr entnehmen Sie bitte der zum Durchführungstermin gültigen Gebührentabelle. Gebühren können in jedem Fall in Abhängigkeit von den gewählten Fonds fällig werden. Details entnehmen Sie bitte den Fondsinformationen. Diese Gebühren werden an dem Tag, an dem die Transaktion ausgeführt wird, dem Deckungskapital entnommen. Für die Entnahme aus den einzelnen Anlagestöcken ist deren Verhältnis der Geldwerte maßgebend. Solche gebührenpflichtigen Vorgänge sind nur möglich, wenn das Deckungskapital zur Deckung der Gebühr ausreichend ist.

## § 8 WAS PASSIERT, WENN EIN FONDS GESCHLOSSEN ODER AUS UNSERER AUSWAHL ENTFERNT WIRD ODER WENN DER HANDEL EINES FONDS AUSGESETZT WIRD?

(1) Die PrismaLife kann auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars und mit der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders einen Fonds aus dem Angebot Ihrer Fondsgebundenen Rentenversicherung streichen, – wenn das Gesamtinvestment im jeweiligen Fonds für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten ununterbrochen weniger als EUR 100'000 beträgt, – wenn sich die Konditionen für die PrismaLife beim Kauf, Verkauf oder Halten von Anteilen an diesem Fonds verschlechtern und sich dadurch die Bedingungen für die Versicherungsnehmer verschlechtern, – wenn die PrismaLife die Zusammenarbeit mit dem Fondsanbieter aus einem gravierenden Grund beendet, – wenn sich die Anlagestrategie oder das Fondsmanagement ändert, – wenn sich die Bewertung des Fonds durch externe Ratingagenturen verschlechtert, – wenn der Fondsanbieter übernommen wird oder mit einer anderen Gesellschaft fusioniert, – wenn der Fondsanbieter seine Zulassung verloren hat oder die Gefahr besteht, dass er sie verliert, oder wenn die PrismaLife Nachteile für die Anleger befürchtet.

(2) Wir werden Ihr Anteilguthaben des betroffenen Anlagestocks in den Anlagestock unserer Angebotspalette, der nach Meinung des verantwortlichen Aktuars dem gestrichenen Fonds vom Anlageprofil her am nächsten liegt, umschichten und künftig investieren.

(3) Sofern die Ausgabe und/oder Rücknahme von Anteilen bzw. die Bewertung eines Fonds ausgesetzt wird, werden wir Ihre laufenden Beiträge in den Anlagestock unserer Angebotspalette, der nach Meinung des verantwortlichen Aktuars dem betreffenden Fonds vom Anlageprofil her am nächsten liegt, künftig investieren. Für das bestehende Anteilguthaben des betroffenen Anlagestocks kann während der Aussetzung des Anteilshandels bzw. der Bewertung kein Rückkaufswert ermittelt oder ausbezahlt werden. Bei der Berechnung des Rückkaufswertes Ihres Deckungskapitals werden die betroffenen Anteile entsprechend erst nach Wiederaufnahme berücksichtigt. Sofern es erforderlich ist, werden wir nach Wiederaufnahme Ihr Anteilguthaben des betroffenen Anlagestocks in den Anlagestock unser Angebotspalette, der nach Meinung des

verantwortlichen Aktuars dem betreffenden Fonds vom Anlageprofil her am nächsten liegt, umschichten. (4) In diesen Fällen oder wenn ein Fonds von der anbietenden Kapitalgesellschaft geschlossen wird, werden Sie von uns schriftlich unter Benennung der Fonds und des Wechsels benachrichtigt. Sollten Sie mit der Wahl des verantwortlichen Aktuars nicht einverstanden sein, können Sie innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung kostenfrei die Anteile des vom verantwortlichen Aktuar gewählten Fonds umschichten und/oder Ihre Anlagestrategie ändern. Für die Durchführung gelten die Regeln des § 7 entsprechend.

### § 9 MIT WELCHEN KURSEN WERDEN BEITRÄGE IN ANTEILEINHEITEN UMGERECHNET?

- (1) Wir erheben prinzipiell keine Ausgabe- oder Rücknahmekommission, solange uns selbst beim Handel mit Anteilen der Fonds keine Kommissionen belastet werden. Sollten uns Kommissionen belastet werden, behalten wir uns das Recht vor, Ausgabe- oder Rücknahmekommissionen auf die betroffenen Fonds zu erheben. Details zur Höhe der Ausgabe- und Rücknahmekommission entnehmen Sie bitte der Gebührentabelle.
- (2) Bei Investitionen in die Anlagestöße rechnen wir die investierten Beträge mit den Ausgabekursen (=Nettoinventarkurs zuzüglich einer etwaigen Ausgabekommission) in Anteile des jeweiligen Anlagestocks um.
- (3) Entnahmen aus den Anlagestößen werden mit dem Rücknahmekurs (=Nettoinventarkurs abzüglich einer etwaigen Rücknahmekommission) berechnet.
- (4) Der Geldwert des Deckungskapitals wird immer mit dem Rücknahmekurs berechnet. Einzelne Fonds können zusätzliche Abzüge bei der Entnahme aus dem betreffenden Anlagestock verlangen. Diese sind in den Fondsinformationen aufgeführt.

### § 10 WAS HABEN SIE BEI DER BEITRAGSZAHLUNG ZU BEACHTEN?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Fondsgebundenen Rentenversicherung sind durch laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode zu entrichten. Die Versicherungsperiode ist ein Monat.
- (2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird sofort nach Erhalt der Versicherungspolice fällig, frühestens jedoch zum Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- (3) Die laufenden Beiträge können ausschließlich mittels Dauerauftrag oder Lastschriftverfahren gezahlt werden. Bei Fälligkeit werden die Beiträge von dem uns angegebenen Konto abgebucht bzw. sind mittels Dauerauftrag auf unser Konto zu überweisen.
- (4) Die Beiträge sind bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt, zu entrichten, längstens jedoch bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer.
- (5) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
- (6) Sie können jederzeit einmalige Zuzahlungen in den abgeschlossenen Versicherungsvertrag tätigen. Für jede Zuzahlung ist jedoch § 23 hinsichtlich des Abschlusses einer für jede Zuzahlung eigenen Kostenausgleichsvereinbarung zu beachten. Zuzahlungen werden unter Berücksichtigung der Gebühren (vgl. Gebührentabelle) gemäß der von Ihnen gewählten Anlagestrategie in die Anlagestöße investiert. Zuzahlungen können ab einer Summe von EUR 250 in beliebiger Höhe vorgenommen werden.
- (7) Beiträge können nicht durch Naturalleistungen beglichen werden.

### § 11 WAS GESCHIEHT, WENN SIE EINEN BEITRAG NICHT RECHTZEITIG ZAHLEN?

#### Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den einmaligen oder den ersten Beitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, so können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr, die unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht, beträgt 10% der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

(2) Ist der einmalige oder erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges werden wir Sie in der Versicherungspolice hinweisen.

(3) Die Zahlung des Beitrags gilt als rechtzeitig, wenn der Beitrag unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungsbeginns bzw. unverzüglich nach Zugang der Versicherungspolice gezahlt wird bzw. der Beitrag von Ihrem Konto eingezogen werden kann und Sie einem berechtigten Einzug nicht widersprechen. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

#### Folgebeitrag

(4) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz und wir können den Vertrag kündigen. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung nochmals ausdrücklich hinweisen.

### § 12 WANN KÖNNEN SIE DIE VERSICHERUNG KÜNDIGEN?

- (1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit ganz oder teilweise vorzeitig kündigen. Die Kündigung wird zehn Arbeitstage, nachdem sie bei uns eingegangen ist, wirksam. Eine Bestätigung der Durchführung erhalten Sie nach Ablauf dieser Frist.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn der fortzuzahlende Versicherungsbeitrag nach Tilgung der Kostenausgleichsvereinbarung den Mindestbetrag von EUR 120 jährlich unterschreitet. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.
- (3) Gemäß Versicherungsvertragsgesetz haben wir nach (Teil-)Kündigung den (Teil-)Rückkaufswert – soweit bereits entstanden – zu erstatten. Der Rückkaufswert berechnet sich auf Basis des Geldwerts des Deckungskapitals (vgl. § 9 Abs. 4) am Tag der Wirksamkeit der Kündigung. Erfolgt die Kündigung in den ersten zehn Vertragsjahren reduziert sich das Deckungskapital um den Treuefonds (vgl. § 27 Abs. 2). Den Rückkaufswert erhält man, wenn man von diesem verbleibenden Wert die Gebühr für die Kündigung (vgl. Gebührentabelle) sowie einen als angemessen angesehenen Abzug in Höhe eines Prozentsatzes der bis zum Zeitpunkt der Kündigung bezahlten Beiträge abzieht.

#### Laufende Beiträge

Der verwendete Prozentsatz nimmt mit fortlaufender Versicherungslaufzeit gemäß der folgenden Tabelle ab:

Versicherungsjahr	Abzug	Versicherungsjahr	Abzug
1	2.00%	4	0.75%
2	1.25%	5 - 8	0.50%
3	1.00%	9 - 20	0.25%

Sind für mehr als 20 Jahre laufende Beiträge bezahlt, gibt es keinen Abzug mehr.

#### Einmalbeiträge und Zuzahlungen

Für eine Versicherung gegen Einmalbeitrag sowie für Zuzahlungen gilt ein Prozentsatz von 0.25%. Der Abzug entfällt, wenn die Zahlung zum Zeitpunkt der Kündigung mehr als 20 Jahre zurückliegt.

Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Darüber hinaus wird mit dem Abzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung. Weitere Abzüge können für einzelne Fonds im Deckungskapital fällig werden (vgl. Fondsinformationen). Evtl. entstehende Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

(4) Den Rückkaufswert erbringen wir gemäß den Bestimmungen des § 18 als Geldleistung oder in Form von Wertpapieren. Nach dem Ende der Aufschubzeit und während der Rentengarantiezeit entspricht Ihr Rückkaufswert dem Deckungskapital. Dieses entspricht dem Barwert der bis zum Ende der Rentengarantiezeit noch zu zahlenden Renten. Zukünftige Überschussbeteiligungen werden dabei nicht berücksichtigt. Nach Ende der Rentengarantiezeit gibt es keinen Rückkaufswert.

(5) Auf einen Auszahlungsbetrag unter der Bagatelgrenze von EUR 15 haben Sie keinen Anspruch.

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

### § 13 WIE KÖNNEN SIE DIE BEITRAGSZAHLUNG IHRER VERSICHERUNG ÄNDERN?

#### Umwandlung in eine vollständig oder teilweise beitragsfreie Versicherung

(1) Sie können mit einer Frist von zehn Tagen schriftlich verlangen, von Ihrer Beitragszahlungspflicht ganz (Umwandlung) oder teilweise (Beitragsreduktion) befreit zu werden. Bei einer Beitragsfreistellung wird das Deckungskapital, das zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung in Ihrem Versicherungsvertrag vorhanden ist, um einen Abzug in gleicher Höhe wie bei einem Rückkauf (vgl. § 12 Abs. 3) reduziert. Bei einer Beitragsreduktion wird der Abzug proportional zur Beitragsreduktion berechnet, z.B. bei einer Reduktion um 30 % beträgt der Abzug 30 % des Abzugs bei einer Beitragsfreistellung. Anschließend wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik eine Todesfallsumme für die restliche Versicherungsdauer ermittelt. Wenn Sie innerhalb von 24 Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung alle offenen Beiträge nachzahlen, können Sie den ursprünglichen Vertragszustand wiederherstellen. Es gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 1.

(2) Voraussetzung für eine beitragsfreie Fortführung Ihres Versicherungsvertrags ist allerdings, dass das nach der Beitragsfreistellung verbleibende Deckungskapital mindestens EUR 30 beträgt. Bei einer Beitragsreduktion muss der jährliche Versicherungsbeitrag nach durchgeführter Reduktion und nach Tilgung der Kostenausgleichsvereinbarung mindestens noch EUR 120 betragen. Eine Beitragsfreistellung oder -reduktion in den ersten Jahren ist durch den Abzug gemäß Abs.1 mit wirtschaftlichen Nachteilen für Sie verbunden.

### Beitragspause

(3) Anstelle der Beitragsfreistellung können Sie verlangen, temporär von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Die Beitragspause darf maximal 24 Monate betragen. Wenn nach Ablauf von 24 Monaten die Beitragszahlung nicht fortgeführt werden soll, kann der Versicherungsnehmer einen Antrag auf Beitragsfreistellung stellen (Näheres dazu unter Punkt „Beitragsfreistellung“).

### Wiederinkraftsetzung/Beendigung der Beitragspause

(4) Sie haben das Recht nach einer Beitragspause ohne erneute Gesundheitsprüfung den Vertrag fortzuführen. Nach einer ganzen oder teilweisen Beitragsfreistellung von bis zu 24 Monaten Dauer können Sie eine Wiederaufnahme der vollen Beitragszahlung ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen. Bei einer länger andauernden ganzen oder teilweisen Beitragsfreistellung behalten wir uns vor, eine Risikoprüfung durchzuführen.

### Planmäßige Erhöhung, Beitragserhöhung

(5) Sie können bei Vertragsabschluss eine planmäßige Erhöhung (Zuwachsversicherung/Dynamik) in den Versicherungsvertrag einschließen. Für diese Zuwachsversicherung gelten die besonderen Bedingungen für die Zuwachsversicherung PrismaRent.

(6) Daneben können Sie mit einer Frist von fünf Tagen zu jeder Beitragsfälligkeit beantragen, Ihren Beitrag zu erhöhen. Ändert sich hierdurch die Todesfallsumme, behält sich die PrismaLife das Recht vor, eine Risikoprüfung durchzuführen. Es gelten die Bestimmungen der §§ 23 und 24.

### § 14 UNTER WELCHEN BEDINGUNGEN IST EINE TEILVERRENTUNG ODER EINE TEILAUSZAHLUNG MÖGLICH?

(1) Sie können mit einer Frist von mindestens zwei Monaten im Rahmen der im weiteren Verlauf dieses Paragraphen beschriebenen Bedingungen einen Teil Ihres Deckungskapitals schon vor Ablauf der Aufschubzeit in eine Rente umwandeln oder eine Teilauszahlung aus Ihrem Deckungskapital vornehmen.

(2) Der umgewandelte bzw. ausbezahlte Teil des Deckungskapitals ist nicht mehr Bestandteil des Deckungskapitals. Der Rückkaufwert bei einer Kündigung (vgl. § 12), sowie die Leistung, die wir bei Tod oder Ablauf der Aufschubzeit zu erbringen haben, reduzieren sich dementsprechend.

(3) Für die Berechnung der Rentenhöhe auf Basis des umzuwandelnden Teils des Deckungskapitals gelten die Bestimmungen des § 1 Abs. 4 und 5 sinngemäß.

(4) Eine Umwandlung wird nur durchgeführt, wenn zum Beginn der beantragten Rente der Rückkaufwert nach der Umwandlung EUR 30 und die Rente die Mindestrente gemäß § 2 Abs. 5 übersteigt.

Eine Teilauszahlung wird nur durchgeführt, wenn zum Zeitpunkt der Teilauszahlung der Rückkaufwert nach der Teilauszahlung EUR 30 übersteigt.

(5) Die für die Teilauszahlung bzw. die Teilverrentung fällige Gebühr (vgl. Gebührentabelle) entnehmen wir der Teilauszahlung bzw. dem umgewandelten Teil des Deckungskapitals. Weiterhin entnehmen wir der Teilauszahlung einen Abzug gemäß § 12 Abs. 3 anteilig entsprechend der Höhe der Teilauszahlung aus dem Deckungskapital.

(6) Bei verspätetem Antrag behalten wir uns das Recht vor, die Verrentung bzw. die Teilauszahlung zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen.

### § 15 UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN KÖNNEN SIE DIE DAUER DER AUFSCHUBZEIT VERLÄNGERN BZW. VERKÜRZEN?

#### Beitragsfreie Verlängerung der Aufschubzeit

(1) Sie können bis spätestens einen Monat vor dem für den Ablauf der Aufschubzeit vorgesehenen Termin schriftlich verlangen, dass die Aufschubzeit Ihrer Versicherung ohne Gesundheitsprüfung beitragsfrei verlängert wird, sofern die versicherte Person den ursprünglichen Ablauftermin erlebt. Eine solche Verlängerung ist für jeweils bis zu fünf Jahre möglich, höchstens jedoch um die steuerliche Maximalaufzeit des dann erreichten Alters der versicherten Person. Während der Verlängerungszeit entspricht die Todesfallleistung dem jeweiligen Geldwert des Deckungskapitals. Die Bestimmungen des § 18 gelten entsprechend.

#### Beitragspflichtige Verlängerung der Aufschubzeit

(2) Sie können bis spätestens einen Monat vor dem für den Ablauf der Aufschubzeit vorgesehenen Termin schriftlich verlangen, dass die Aufschubzeit Ihrer Versicherung ohne Gesundheitsprüfung bis maximal Endalter 75 der versicherten Person beitragspflichtig verlängert wird, sofern die versicherte Person den ursprünglich vereinbarten Ablauftermin erlebt. Während der Verlängerungszeit entspricht die Todesfallleistung dem jeweiligen Geldwert des Deckungskapitals. Die Bestimmungen des § 18 gelten entsprechend.

#### Verkürzung der Aufschubzeit

(3) Sie können die Aufschubzeit auch verkürzen, solange der Ablauf der verkürzten Aufschubzeit nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer liegt.

### § 16 WAS GILT BEI WEHRDIENST, UNRUHEN, KRIEG ODER EINSATZ BZW. FREISETZEN VON ABC-WAFFEN/-STOFFEN?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn der Versicherte in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.

(2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des am Tag des Eingangs der Todesfallmeldung gültigen Geldwerts des Deckungskapitals (vgl. § 1 Abs. 3). Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweiz ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die in Abs. 2 Satz 1 genannte Leistung, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Abs. 2 Satz 2 bleibt hiervon unberührt.

(4) Die Leistung erbringen wir gemäß den Bestimmungen des § 18.

(5) Für den Berufsunfähigkeitschutz gelten die Regelungen der Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung PrismaRent.

### § 17 WAS GILT BEI SELBSTTÖTUNG DES VERSICHERTEN?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrages, seit Wiederherstellung der Versicherung oder seit einer Beitragserhöhung besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf den Geldwert des Deckungskapitals (vgl. § 9) am Tag, an dem die schriftliche Todesfallmeldung durch eine berechtigte Person bei uns eintrifft.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung nach Ablauf der Dreijahresfrist bleiben wir zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Leistung erbringen wir gemäß den Bestimmungen des § 18.

### § 18 WAS IST BEI FÄLLIGKEIT DER VERSICHERUNGSLEISTUNG ZU BEACHTEN?

(1) Wir zahlen alle Leistungen innerhalb dieses Vertrags durch Tod, Erleben, Kündigung etc. nach Verrechnung etwaiger ausstehender Forderungen wie z.B. Gebühren oder ausstehender Beiträge aus, aber frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem der Verkauf der betroffenen Anlagestücke durchgeführt werden konnte.

(2) Die Leistungen nach Abzug etwaiger Forderungen erbringen wir grundsätzlich als Geldleistung. Falls dieser Betrag über EUR 1'000 liegt, können Sie beantragen, dass wir die Leistung in Form von Wertpapieren erbringen. Der Antrag auf Erbringung der Leistung durch Wertpapierübertragung muss zeitgleich mit dem Antrag auf Leistungen bzw. mit den Schadenmeldungen bei uns eintreffen.

(3) Wird beantragt, dass die Leistung in Form von Wertpapieren erbracht werden soll, ist für die Bemessung der Anzahl der zu übertragenden Wertpapiere der Geldwert der Leistung abzüglich etwaiger Übertragungskosten maßgebend. Die Zusammensetzung der von uns zu erbringenden Wertpapiere entspricht der von Ihnen gewählten Aufteilung der Anlagebeiträge (Anlagestrategie).

(4) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage der Versicherungspolice. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.

(5) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Absatz 4 genannten Unterlagen sind uns 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 der versicherten Person geführt hat.

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

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

(8) Für Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsdeckung gelten die Regelungen des § 4 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung PrismaRent.

### § 19 WO SIND DIE VERTRAGLICHEN VERPFLICHTUNGEN ZU ERFÜLLEN?

(1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Bezugsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweiz trägt der Bezugsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

(2) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 4) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

---

## § 20 WELCHE BEDEUTUNG HAT DIE VERSICHERUNGSPOLICE?

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

(2) In den Fällen des § 22 Abs. 1 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

---

## § 21 WAS GILT FÜR MITTEILUNGEN, DIE SICH AUF DAS VERSICHERUNGSVERHÄLTNISS BEZIEHEN?

(1) Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Adresse, Ihrer Postanschrift, Ihres Namens oder Ihrer Bankverbindung sollten Sie uns in Ihrem eigenen Interesse unverzüglich mitteilen. Für Nachteile, die sich durch eine Nichtanzeige einer Änderung ergeben, tragen wir keine Verantwortung. An Sie gerichtete Willenserklärungen werden in dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Änderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wären.

(3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine in Deutschland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

---

## § 22 WER ERHÄLT DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an die von Ihnen genannten Bezugsberechtigten. Bei Fehlen der Bezugsberechtigten erbringen wir die Leistung an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns von Ihnen schriftlich angezeigt worden sind. Nach Ihrem Tode kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

(2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten geändert werden.

(3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden. In diesem Fall kann die Bezugsberechtigung nur mit Zustimmung des Berechtigten geändert werden.

---

## § 23 WIE WERDEN DIE ABSCHLUSS- UND EINRICHTUNGSKOSTEN ERHOBEN UND AUSGEGLICHT?

Bei der Errichtung von Versicherungsverträgen, bei jeder Erhöhung des Beitrages und bei jeder Zuzahlung entstehen Kosten. Diese Abschluss- und Einrichtungskosten werden separat im Rahmen einer Kostenausgleichsvereinbarung getilgt und werden daher nicht von den Beiträgen abgezogen.

Für jede Erhöhung des Beitrages bzw. für jede Zuzahlung wird eine separate Kostenausgleichsvereinbarung eingerichtet.

---

## § 24 WELCHE KOSTEN STELLEN WIR IHNEN GESONDERT IN RECHNUNG?

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

(2) Die Gebühr wird bei Abschluss der jeweiligen Transaktion dem Deckungskapital entnommen. Für die Entnahme aus den einzelnen Anteilstöcken des Deckungskapitals ist deren Verhältnis der Geldwerte maßgebend.

(3) Eine Tabelle der bei Vertragsabschluss gültigen Gebühren finden Sie am Ende dieser Verbraucherinformationen. Unser verantwortlicher Aktuar prüft jährlich, ob diese Beträge zur Deckung des Verwaltungsaufwandes der PrismaLife ausreichen. Die Beträge können erhöht werden, wenn sich der Aufwand der PrismaLife erhöht. Die Erhöhung erfolgt auf Vorschlag unseres verantwortlichen Actuars und nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (analog § 11b VAG).

---

## § 25 WIE KÖNNEN SIE DEN WERT IHRER VERSICHERUNG ERFAHREN?

(1) Sie können jederzeit eine Mitteilung über den Wert oder den Rückkaufswert Ihres Versicherungsvertrages über Ihren Vermittler oder direkt bei uns anfordern.

(2) Die Höhe der Gebühren für diese Mitteilungen entnehmen Sie bitte der zu diesem Zeitpunkt gültigen Gebührentabelle.

---

## § 26 WAS PASSIERT, WENN DAS DECKUNGSKAPITAL AUFGEBRAUCHT IST?

Die Entnahme von Kosten und Risikoprämien aus dem Deckungskapital kann dazu führen, dass das Deckungskapital vor Versicherungsablauf aufgebraucht ist. Der Versicherungsschutz erlischt damit. Wir werden Sie jedoch rechtzeitig darauf hinweisen.

---

## § 27 WIE SIND SIE AN UNSEREN ÜBERSCHÜSSEN BETEILIGT?

(1) Ihr Vertrag ist nicht an Überschüssen der PrismaLife beteiligt.

(2) Ein Teil von etwaigen Verwaltungsrückvergütungen aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten, die die PrismaLife erhält, wird jährlich in einen von der PrismaLife festgelegten Treuefonds investiert. Der Treuefonds ist Bestandteil des Deckungskapitals und wird somit in der Todesfallleistung (vgl. § 1 Abs. 6) berücksichtigt. Im Falle einer Kündigung wird der Treuefonds jedoch erst nach zehn Vertragsjahren bei der Berechnung des Rückkaufswertes (vgl. § 12 Abs. 2 und 3) berücksichtigt. Anteile aus dem Treuefonds können nicht in andere Anlagestöcke übertragen werden (vgl. § 7 Abs. 2).

(3) Genaue Informationen zur Höhe der Verwaltungsrückvergütungen finden Sie beim jeweiligen Fonds in den Fondsinformationen.

---

## § 28 WELCHES RECHT FINDET AUF IHREN VERTRAG ANWENDUNG?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

---

## § 29 WO IST DER GERICHTSSTAND?

(1) Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie gegen uns bei dem Gericht geltend machen, das für den Ort zuständig ist, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte. Außerdem können Sie auch das Gericht anrufen, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt bzw. Sitz oder Niederlassung haben.

(2) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können wir ausschließlich bei dem Gericht geltend machen, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt bzw. Sitz oder Niederlassung haben.

(3) Für den Fall, dass Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland) verlegen oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zur Zeit der Klageerhebung nicht bekannt ist, können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag am zuständigen Gericht in Konstanz geltend gemacht werden.

---

## § 30 WELCHE DER VORSTEHENDEN BESTIMMUNGEN KÖNNEN GEÄNDERT WERDEN?

(1) Einzelne Bestimmungen, insbesondere die Bestimmungen über den Rückkaufswert (vgl. § 12), die beitragsfreie Versicherung (vgl. § 13 Abs. 1 bis 3) sowie die Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung PrismaRent können wir für bestehende Versicherungsverhältnisse ergänzen oder ersetzen, wenn eine Regelung durch höchstrichterliche Rechtsprechung oder bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist und die Änderung zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unbillige Härte darstellen würde. Die neue Regelung muss die Belange der Versicherungsnehmer unter Wahrung des Vertragsziels angemessen berücksichtigen.

(2) Zur Beseitigung eines Auslegungszweifels können wir den Wortlaut einer Bedingung ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt.

(3) Änderungen können Sie innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unserer schriftlichen Bekanntgabe widersprechen.

(4) Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt.

## Bedingungen für die Beitragsgarantie PrismaRent

*Sehr geehrter Kunde,  
für die Fondsgebundene Rentenversicherung mit  
Wahl der Beitragsgarantie werden zusätzlich die  
nachfolgenden Bedingungen vereinbart.*

### § 1 WAS BEDEUTET BEITRAGSGARANTIE?

Wenn Sie eine Beitragsgarantie mit uns vereinbart haben, entspricht das Deckungskapital zum Zeitpunkt der Gültigkeit der Beitragsgarantie der garantierten Erlebensfallleistung entsprechend Ihrer Police, abzüglich der im Vertragsverlauf entstandenen Transaktionskosten.

Die Beitragsgarantie gilt zum Zeitpunkt des vereinbarten Rentenbeginns, sofern der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt höchstens 67 Jahre alt ist, jedoch spätestens zum Versicherungstichtag (Tagesdatum des Versicherungsbeginns) der auf den 67. Geburtstag des Versicherungsnehmers folgt.

### § 2 WAS SIND DIE VORAUSSETZUNGEN?

(1) Die Beitragsgarantie kann nur bei Vertragsabschluss gewählt und gegebenenfalls während der Vertragslaufzeit abgewählt werden. Ein nachträglicher Einschluss nach Vertragsbeginn bzw. eine spätere Rückkehr zur Beitragsgarantie ist nicht möglich.

Eine Änderung des Garantiesatzes während der Vertragslaufzeit ist nicht möglich.

(2) Bei Verträgen mit Beitragsgarantie ist kein individueller Todesfallschutz wählbar.

### § 3 WIE ERFOLGT DIE ANLAGE IHRER VERSICHERUNGSBEITRÄGE UND WELCHE ÄNDERUNGSMÖGLICHKEITEN BESTEHEN?

(1) Grundsätzlich wird ein Teil Ihres Versicherungsbeitrags von PrismaLife in das Sicherungsvermögen PrismaRent<sup>Secure</sup> investiert, um bei Ablauf der Beitragsgarantie die garantierte Leistung gewährleisten zu können. Der verbleibende Teil des Versicherungsbeitrags kann frei investiert werden, dabei wählen Sie die Fonds im Rahmen der von uns vorgegebenen Fondspalette aus. Welcher Prozentsatz des Versicherungsbeitrags frei angelegt werden, hängt u.a. vom gewählten Garantiesatz, der Beitrags- und Vertragsdauer und dem Einschluss der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit ab. Die Aufteilung der Beiträge für Ihren Vertrag können Sie der Police entnehmen.

(2) Das Vermögen der von Ihnen gewählten Fonds kann jederzeit umgeschichtet (Shift) oder die Anlagestrategie für die Zukunft geändert werden (Switch).

Nähere Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte § 7 der Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung PrismaRent.

(3) Eine Umschichtung oder eine Änderung der Anlagestrategie für das Sicherungsvermögen PrismaRent<sup>Secure</sup> ist nicht möglich.

### § 4 WANN ENTFÄLLT DIE BEITRAGSGARANTIE?

Die Beitragsgarantie erlischt dauerhaft:

- (1) wenn Sie Ihren Vertrag ganz oder teilweise kündigen;
- (2) wenn Sie Ihre Versicherung in eine vollständig oder teilweise beitragsfreie Versicherung umwandeln (insbesondere nach Beitragsreduktion);
- (3) wenn Sie eine Beitragspause beantragen;
- (4) wenn Sie eine Teilverrentung oder Teilauszahlung beantragen;
- (5) wenn Sie eine Verlängerung bzw. Verkürzung der Aufschubzeit beantragen.

Erlischt die Beitragsgarantie, kann das Vermögen im Sicherungsvermögen PrismaRent<sup>Secure</sup> in frei wählbare Fonds umgeschichtet werden.

### § 5 KOSTEN FÜR DIE BEITRAGSGARANTIE

Spezielle Kosten für die Übernahme des Risikos der Beitragsgarantie werden nicht erhoben.

## Zusatzinformation zur Beitragsgarantie

Die freie Anlage ist der Anteil des Versicherungsbeitrages, für den die Fondsauswahl von Ihnen selbst bestimmt werden kann. Der verbleibende Anteil wird zur Sicherstellung der Beitragsgarantie in das Sicherungsvermögen PrismaRent<sup>Secure</sup> investiert.

Wenn Sie eine Beitragszahlungsdauer gewählt haben, welche den Gültigkeitszeitpunkt der Beitragsgarantie überschreitet, so werden bei der Berechnung nur der Zeitraum und die zu zahlenden Beiträge bis zum Gültigkeitszeitpunkt berücksichtigt.

Aus der folgenden Tabelle können Sie die freie Anlage für Ihren Versicherungsvertrag ablesen:

### 1.) FÜR DIE MONATLICHEN BEITRÄGE IN VERTRÄGEN OHNE BEITRAGSBEFREIUNG BEI BERUFUNFÄHIGKEIT GILT DIE FOLGENDE AUFTEILUNG:

BEITRAGSZAHLUNGSDAUER BIS ZUR GÜLTIGKEIT DER BEITRAGSGARANTIE	FREIE ANLAGE BEI EINER BEITRAGSGARANTIE VON		
	100%	90%	80%
12 bis 13	nicht wählbar	8%	18%
14 bis 18	nicht wählbar	10%	19%
19 bis 23	5%	14%	23%
24 bis 29	10%	19%	26%
30 bis 35	15%	23%	31%
36 bis 41	20%	27%	34%
ab 42	25%	32%	39%

Beispiel 1: Sie haben eine Versicherung mit 25 Jahren Beitragszahlungsdauer bis zur Gültigkeit der Beitragsgarantie und einer Beitragsgarantie von 90% beantragt? Dann werden 19% Ihrer Anlagebeiträge in die Fonds Ihrer Wahl investiert.

Sie wünschen eine Beitragserhöhung? In diesem Fall ist die verbleibende Beitragszahlungsdauer bis zum Ablauf der Beitragsgarantie entscheidend.

**2.) FÜR DIE MONATLICHEN BEITRÄGE IN VERTRÄGEN MIT BEITRAGSBEFREIUNG BEI BERUFSUNFÄHIGKEIT GILT DIE FOLGENDE AUFTEILUNG:**

BEITRAGSZAHLUNGSDAUER BIS ZUR GÜLTIGKEIT DER BEITRAGSGARANTIE	FREIE ANLAGE BEI EINER BEITRAGSGARANTIE VON		
	100%	90%	80%
12 bis 17	nicht wählbar	nicht wählbar	9%
18 bis 22	nicht wählbar	5%	14%
23 bis 26	nicht wählbar	10%	18%
27 bis 31	5%	13%	21%
32 bis 36	10%	18%	25%
37 bis 41	15%	22%	29%
ab 42	20%	28%	34%

Sie wünschen eine Beitragserhöhung? In diesem Fall ist die verbleibende Beitragszahlungsdauer bis zum Ablauf der Beitragsgarantie entscheidend.

Beispiel 2: Sie haben eine Versicherung mit 25 Jahren Beitragszahlungsdauer bis zur Gültigkeit der Beitragsgarantie und einer Beitragsgarantie von 90% beantragt? Dann werden 10% Ihrer Anlagebeiträge in die Fonds Ihrer Wahl investiert.

**3.) FÜR EINMALBEITRÄGE UND EINMALIGE ZUZAHLUNGEN GILT DIE FOLGENDE AUFTEILUNG:**

Sie möchten eine einmalige Zuzahlung tätigen? In diesem Fall ist die verbleibende Versicherungsdauer bis zum Ablauf der Beitragsgarantie entscheidend.

VERSICHERUNGSDAUER BIS ZUR GÜLTIGKEIT DER BEITRAGSGARANTIE	FREIE ANLAGE BEI EINER BEITRAGSGARANTIE VON		
	100%	90%	80%
verbleibende Versicherungsdauer bei Zuzahlungen: bis 11 Jahre	0%	9%	19%
12 bis 19	5%	12%	20%
20 bis 29	8%	15%	21%
30 bis 39	14%	18%	23%
ab 40	17%	20%	25%

# Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung PrismaRent

Für die Fondsgebundene Rentenversicherung mit Vereinbarung der Beitragsbefreiung im Falle der Berufsunfähigkeit, wobei der Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Erwerbsminderung oder der Berufsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt, gilt:

## § 1 WAS IST IM FALLE VON BERUFUNFÄHIGKEIT VERSICHERT?

(1) Wird die versicherte Person durch eine nach Ablauf von drei Jahren nach Vereinbarung des Versicherungsschutzes für Berufsunfähigkeit, aber vor dem vorgesehenen Ablauf der Beitragszahlungsdauer eingetretene Ursache pflegebedürftig oder zu mindestens 50% berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung, übernimmt die PrismaLife die Beitragszahlung für die Dauer der Berufsunfähigkeit, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person. Bei einem geringeren Grad besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistung. Die Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit endet jedenfalls mit dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer, spätestens mit der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person.

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wird uns die Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit später als drei Monate nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung, soweit nichts anderes vereinbart ist.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% sinkt, die Pflegebedürftigkeit gemäß § 3 weniger als drei Punkte erreicht, die versicherte Person stirbt, oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen die Beiträge in voller Höhe weiter entrichtet werden; wir werden diese jedoch bei gegebener Leistungspflicht ab dem Anerkennungszeitpunkt zurückzahlen.

## § 2 WAS IST BERUFUNFÄHIGKEIT IM SINNE DIESER BEDINGUNGEN?

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr ausüben kann und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die zu übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und bisherigen oder neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Sofern bei selbständig Tätigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich ist, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und die versicherte Person eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat.

(2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls

zu mindestens 50% außerstande gewesen, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen, ohne eine andere Tätigkeit auszuüben, die zu übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und bisherigen oder neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustands von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(3) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 und 2 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und bisherigen oder neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

## § 3 WAS IST PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM SINNE DIESER BEDINGUNGEN?

(1) Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 3 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.

(2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne des Absatz 1 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt die Fortdauer dieses Zustands von Beginn der Pflegebedürftigkeit an als Berufsunfähigkeit.

(3) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkte-tabelle zugrundegelegt; wir leisten bei Vorliegen von mindestens drei Punkten:

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

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

An- und Auskleiden 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – 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 die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken kann.

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

Verrichten der Notdurft 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die

Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie – sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, – ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder – weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

(4) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punkte-tabelle liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person

- wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf;
- dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann;
- der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

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

## § 4 IN WELCHEN FÄLLEN IST DER VERSICHERUNGSSCHUTZ AUSGESCHLOSSEN?

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

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- durch vorsätzliche Ausföhrung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- durch absichtliche Herbeiföhrung 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;
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeföhrt haben;
- durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen nötig ist.
- in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

(3) Lebt unsere aus irgendeinem Grunde erloschene

Leistungspflicht wieder auf, so können Ansprüche nicht aufgrund solcher Ursachen geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.

---

#### **§ 5 WELCHE MITWIRKUNGSPFLICHTEN SIND ZU BEACHTEN, WENN LEISTUNGEN WEGEN BERUFSUNFÄHIGKEIT VERLANGT WERDEN?**

(1) Zum Nachweis des Versicherungsfalls sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person 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 die Pflegebedürftigkeit;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- einen Leistungsauszug der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse während des Zeitraums der Mitgliedschaft der versicherten Person.

Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers über eine dort anerkannte Berufsunfähigkeit reicht als Nachweis einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht aus.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Berufsunfähigkeitsleistungen; ausgenommen ist der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z.B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen).

---

#### **§ 6 WANN GEBEN WIR EINE ERKLÄRUNG ÜBER UNSERE LEISTUNGSPFLICHT AB?**

(1) Nach vollständigem Eingang und Prüfung der uns vorzulegenden sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Zu künftig fällig werdenden wiederkehrenden Versicherungsleistungen sprechen wir im Regelfall keine besondere Befristung unserer Leistungspflicht aus. Ist jedoch anzunehmen, dass sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Berufsunfähigkeit vorliegt wichtig sind, ändern werden, können wir unsere Leistungspflicht zunächst befristen.

(3) Mit dem Ablauf des in einer befristeten

Leistungsentscheidung genannten Zeitraums endet unsere Leistungspflicht, ohne dass es einer besonderen Erklärung bedarf. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Werden Leistungen über diesen Zeitraum hinaus verlangt, ist zu prüfen, ob die versicherte Person weiterhin berufsunfähig ist. § 5 und die vorstehenden Absätze 1 und 2 gelten entsprechend. Eine nochmalige Befristung ist jedoch, sofern es um dieselbe maßgebende Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit geht, nicht möglich.

(4) Die Bestimmungen über die Nachprüfung des Fortbestehens der Berufsunfähigkeit (§ 7) sind im Falle einer befristeten Leistungsentscheidung nicht anwendbar.

---

#### **§ 7 WAS GILT FÜR DIE NACHPRÜFUNG DER BERUFSUNFÄHIGKEIT?**

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten Leistungsdauer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen ebenso zu berücksichtigen wie das konkrete Ausüben einer zumutbaren Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 5 Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50% vermindert, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit; sie wird frühestens mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

(5) Absatz 4 gilt entsprechend, wenn sich bei Pflegebedürftigkeit die Art des Pflegefalls geändert hat oder ihr Umfang unter drei Punkte gesunken ist.

---

#### **§ 8 WAS GILT BEI EINER VERLETZUNG DER MITWIRKUNGSPFLICHTEN NACH EINTRITT DER BERUFSUNFÄHIGKEIT?**

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden arglistig oder vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnisses zu kürzen. Die bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit beschriebenen Rechtsfolgen treten nicht ein, soweit die Verletzung keinen ursächlichen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ausübt. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

## Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Fondsgebundenen Rentenversicherung PrismaRent

Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um ein Produkt, bei dem die Erlebensfallleistung von der Wertentwicklung von Fonds abhängt. Für den Todesfall garantieren wir jedoch eine Mindestleistung, solange das Deckungskapital vor Versicherungsablauf nicht aufgebraucht ist. Daneben übernehmen wir je nach Vereinbarung weitere Risiken, zum Beispiel im Fall einer Rentenversicherung oder im Rahmen von Zusatzversicherungen. Wir dürfen diese Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Beiträge und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen Versicherungsnehmern in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden. Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrages stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der Versicherungsnehmer gewahrt werden.

**Die Kündigung Ihrer Versicherung ist somit mit Nachteilen verbunden. Der Rückkaufswert erreicht nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Er entspricht dem Deckungskapital Ihrer Versicherung gemäß § 12 Abs. 3 der Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung PrismaRent, wobei der in den Versicherungsbedingungen vereinbarte Abzug erfolgt.**

Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

---

### VERÄNDERUNGEN DER RISIKO- UND ERTRAGSLAGE

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Wir kalkulieren im Übrigen so, dass alle Verträge über ihre Laufzeit hinweg zu den Erträgen beitragen. Diese Erträge fallen i.d.R. erst in späteren Versicherungsjahren an. Vorzeitige Vertragsauflösungen schmälern daher den tariflich kalkulierten Ertrag.

---

### AUSGLEICH FÜR KOLLEKTIV GESTELLTES RISIKOKAPITAL

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

Im Falle der Beitragsfreistellung gelten vorstehende Ausführungen entsprechend.

# Bedingungen für das Ablaufmanagement innerhalb der Fondsgebundenen Rentenversicherung PrismaRent

## § 1 WOZU DIENT DAS ABLAUFMANAGEMENT?

Bei Fondsgebundenen Versicherungen ist es gegen Ende der Ansparphase grundsätzlich sinnvoll, das erreichte Fondsguthaben in stärker sicherheitsorientierte Investmentfonds anzulegen, weil diese geringeren Schwankungen unterliegen. Das vermindert zwar die Chancen, zusätzliche hohe Kurssteigerungen zu erzielen, verringert aber das Verlustrisiko bei einem Kursrückgang. Mit dem Ablaufmanagement bieten wir Ihnen die Möglichkeit zur planmäßigen und regelmäßigen Umschichtung von Investmentfonds-Anteilen. Eine Bewertung der jeweiligen Situation am Kapitalmarkt ist mit dem Ablaufmanagement nicht verbunden. Das Ablaufmanagement ist auch bei Verträgen mit Beitragsgarantie wählbar. Die Umschichtungen werden dann jedoch nur für die freie Anlage, die nicht zur Besicherung der Beitragsgarantie notwendig ist, vorgenommen.

## § 2 WANN ERFOLGT DIE ERSTE UMSCHICHTUNG UND IN WELCHEN ZIELFONDS?

Im Rahmen des Ablaufmanagements wird das bestehende Deckungskapital, das noch nicht in das Sondervermögen „PrismaLife gemanagte Strategie Sicherheit“ und das nicht zur Besicherung der Beitragsgarantie im Sicherungsvermögen PrismaRent<sup>Secure</sup> investiert ist, jeweils zum Monatsersten in eben dieses Sondervermögen „PrismaLife gemanagte Strategie Sicherheit“ umgeschichtet. Die erste Umschichtung wird zum Monatsersten vor dem 55. Geburtstag des Versicherten, frühestens jedoch nach Ablauf von zwei Vertragsjahren durchgeführt.

## § 3 WELCHER ANTEIL DES DECKUNGSKAPITALS WIRD MONATLICH UMGESCHICHTET?

Während der Dauer des Ablaufmanagements wird die Anzahl der umzuschichtenden Anteile monatlich bestimmt. Sie ergibt sich, indem die vorhandenen Anteile an Fonds außerhalb des Sondervermögens „PrismaLife gemanagte Strategie Sicherheit“ und des Sicherungsvermögens PrismaRent<sup>Secure</sup> durch die Anzahl der verbleibenden Monate bis zum 67. Geburtstag des Versicherten geteilt werden.

## § 4 WIE HOCH IST DER MINDESBETRAG FÜR DAS MONATLICHE ABLAUFMANAGEMENT?

Beträgt der Geldwert des Deckungskapitals zu Beginn des Ablaufmanagements weniger als EUR 2'000, wird nur eine Umschichtung vorgenommen.

## § 5 WIE WERDEN NEUE BEITRÄGE AB BEGINN DES ABLAUFMANAGEMENTS INVESTIERT?

Mit Beginn des Ablaufmanagements wird die gewählte Strategie für neue Beiträge ebenfalls geändert. Sämtliche neue Beiträge werden, soweit sie nicht zur Besicherung der Beitragsgarantie in das Sicherungsvermögen PrismaRent<sup>Secure</sup> investiert werden, ab diesem Zeitpunkt nur noch in das Sondervermögen „PrismaLife gemanagte Strategie Sicherheit“ investiert.

## § 6 WANN ERINNERN WIR SIE AN DAS ABLAUFMANAGEMENT? KANN DAS ABLAUFMANAGEMENT INDIVIDUELL ANGEPAßT WERDEN?

Wir werden Sie – unabhängig davon, ob Sie bei Vertragsabschluss das Ablaufmanagement gewählt haben – drei Monate vor Ihrem 55. Geburtstag an das Ablaufmanagement erinnern. Zu diesem Zeitpunkt können Sie Beginn und Ende des Ablaufmanagements individuell ändern, wobei die minimale Dauer des Ablaufmanagements zwei Jahre beträgt. Wenn das Ablaufmanagement gestartet wurde, kann es zu jedem Zeitpunkt mit einer Frist von fünf Arbeitstagen zum nächsten Monatsersten abgebrochen und anschließend ebenfalls mit einer Frist von fünf Arbeitstagen zum nächsten Monatsersten wieder reaktiviert werden. Im Falle eines Abbruchs des Ablaufmanagements lebt die zuletzt vor Beginn des Ablaufmanagements gewählte Strategie für die Anlage neuer Beiträge wieder auf.

## § 7 KANN DAS ABLAUFMANAGEMENT WÄHREND DER VERTRAGSLAUFZEIT EINGESCHLOSSEN WERDEN?

Wenn Sie das Ablaufmanagement weder bei Vertragsabschluss noch zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart haben, können Sie es dennoch zu jedem Zeitpunkt vor dem 67. Geburtstag des Versicherten mit einer Frist von mindestens fünf Arbeitstagen zum nächsten Monatsersten mit uns vereinbaren.

## Bedingungen für die Zuwachsversicherung (Dynamik) innerhalb der Fondsgebundenen Rentenversicherung PrismaRent

Für die Fondsgebundene Rentenversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Zuwachsversicherung) ohne erneute Gesundheitsprüfung gilt:

---

### § 1 NACH WELCHEM MASSSTAB ERFOLGT DIE PLANMÄSSIGE ERHÖHUNG DER BEITRÄGE?

- (1) Der laufende Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des laufenden Beitrags des Vorjahres.
- (2) Haben Sie die Todesfallsumme als Prozentsatz der Beitragssumme vereinbart, erhöht sich die Todesfallsumme im gleichen Maße, wie sich die Beitragssumme erhöht.
- (3) Haben Sie die Todesfallsumme als EUR-Betrag gewählt, bleibt die Todesfallsumme unverändert. Sie haben aber die Möglichkeit, die Todesfallsumme ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zum gleichen Prozentsatz wie den Beitrag zu erhöhen.
- (4) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger als bis die versicherte Person das Alter von 67 Jahren erreicht.

---

### § 2 ZU WELCHEM ZEITPUNKT ERHÖHEN SICH BEITRÄGE?

- (1) Die Erhöhungen des laufenden Beitrags erfolgen jeweils zum 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 WELCHE SONSTIGEN BESTIMMUNGEN GELTEN FÜR DIE ERHÖHUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung finden auch der Paragraph „Wie werden die Abschluss- und Einrichtungskosten erhoben und ausgeglichen?“ der Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Paragraphen „Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?“ und „Was gilt bei Selbsttötung des

Versicherten?“ der Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung nicht erneut in Lauf.

---

### § 4 WANN WERDEN ERHÖHUNGEN AUSGESETZT?

- (1) Sie haben die Möglichkeit, der planmäßigen Erhöhung des Beitrages zu widersprechen.
- (2) 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.
- (3) Ist in Ihrer Versicherung die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit versichert, erfolgen keine Erhöhungen, solange Sie wegen Berufsunfähigkeit von der Beitragszahlungspflicht befreit sind.

# Bedingungen für die Kostenausgleichsvereinbarung (KAV)

*Sehr geehrter Kunde!*

*Für die Kostenausgleichsvereinbarung im Rahmen des Versicherungsvertrages werden nachfolgende Bedingungen vereinbart.*

## § 1 GEGENSTAND DER KOSTENAUSGLEICHSVEREINBARUNG

- (1) Die Kostenausgleichsvereinbarung führt zu einer Abspaltung der Kostentilgung vom betreffenden Versicherungsvertrag insofern, als dort keine Verrechnung der Abschluss- und Einrichtungskosten mit der Beitragszahlung stattfindet.
- (2) Das Zustandekommen des vorliegenden Vertrages ist abhängig vom Zustandekommen des genannten Versicherungsvertrages. Ein Versicherungsvertrag kommt grundsätzlich mit der Annahme des Versicherungsantrags durch den Versicherer und mit dem Verstreichen der dem Versicherungsnehmer gesetzlich eingeräumten Widerrufsfrist von 30 Tagen zustande.
- (3) Die Auflösung des betreffenden Versicherungsvertrages führt grundsätzlich nicht zur Beendigung dieses Vertragsverhältnisses.

## § 2 FÄLLIGKEIT DER TEILZAHLUNGEN

- (1) Die erste Rate ist nach Erhalt der Versicherungspolice, frühestens jedoch zum Versicherungsbeginn des Versicherungsvertrages fällig. Die Fälligkeit der Folgeraten ist abhängig vom Beginn des Versicherungsmonats.
- (2) Befindet sich der Versicherungsnehmer mit mindestens zwei aufeinanderfolgenden Teilzahlungen ganz oder teilweise und mindestens mit 10%, bei einer Laufzeit des Kostenausgleichsvertrages über 48 Monate mit 5% des Nennbetrags des Teilzahlungspreises in Verzug und hat die PrismaLife erfolglos eine zweiwöchige Frist zur Zahlung des rückständigen Betrags mit der Erklärung gesetzt, dass sie bei Nichtzahlung innerhalb der Frist die gesamte Restschuld verlangt, so wird der Gesamtkostenbetrag sofort fällig.
- (3) Sonderzahlungen zu den vereinbarten Teilzahlungen sind möglich. Damit verkürzt sich jedoch lediglich die vereinbarte Zahlungsdauer.
- (4) Im Fall nicht fristgerechter Begleichung der Teilzahlungen können Verzugszinsen in Höhe des mit dem Antrag vereinbarten Effektivzinssatzes der Kostenausgleichsvereinbarung entstehen. Diese sind gemeinsam mit der letzten Rate als Restschuld zu zahlen.

## § 3 TILGUNG

- (1) Die Tilgung richtet sich nach dem vereinbarten Tilgungsplan, dessen Grundlage die Beitragssumme des Versicherungsvertrages bildet.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat nur die Möglichkeit des Kostenausgleichs durch Teilzahlungen. Es sind jedoch auch Sondertilgungen in beliebiger Höhe möglich, wobei anschließend gleichmäßige Teilzahlungen in unveränderter Höhe aber verkürzter Restlaufzeit zu erbringen sind. Die PrismaLife erhebt im Rahmen der Teilzahlung Zinsen gemäß dem Tilgungsplan. Die Tilgung der Zinsen erfolgt gemeinsam mit der Kostentilgung gemäß dem Tilgungsplan in Form der Begleichung der jeweiligen Teilzahlungen.
- (3) Die tatsächlich erbrachte Tilgungsleistung wird insofern taggenau berücksichtigt, als Vorfälligkeitsleistungen bzw. Tilgungsleistungen, die nach dem Fälligkeitstermin erfolgen, durch eine Gutschrift am Ende der Laufzeit bzw. durch eine zusätzliche Ratenleistung des Versicherungsnehmers ausgeglichen werden.

## § 4 ERHÖHUNG DER BEITRAGSSUMME

Im Fall der Erhöhung der Beitragssumme (hierunter fällt auch die Verlängerung der Beitragszahlungsdauer) innerhalb des betreffenden Versicherungsvertrages wird zwischen den Parteien eine zusätzliche Tilgungsvereinbarung hinsichtlich dieser Erhöhung, welche neben diese Vereinbarung tritt, geschlossen.

## § 5 SICHERUNGSABTRETUNG

- (1) Der Versicherungsnehmer tritt zur Sicherung der Abschluss- und Einrichtungskostenansprüche der PrismaLife seine gegenwärtigen und zukünftigen Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag, welche er bei Ablauf im Erlebensfall oder vorzeitiger Kündigung aus dem Versicherungsvertrag gegen die PrismaLife hat, an diese ab. Die Abtretung ist beschränkt auf die Höhe des Kostenanspruchs der PrismaLife, wobei der Teilzahlungspreis (siehe Tilgungsplan im Antrag) die absolute Höchstgrenze darstellt.
- (2) Die Abtretung ist auflösend bedingt durch die Begleichung der Kostenschuld, wobei die Auflösung sukzessive mit der jeweiligen Höhe der geleisteten Teilzahlungen erfolgt.
- (3) Die Sicherungsabtretung schließt den Zugriff der PrismaLife auf das restliche Vermögen des Versicherungsnehmers im Fall der Insolvenz nicht aus.

## § 6 VERTRAGSBEENDIGUNG

- (1) Dieser Vertrag endet mit dem vertraglich vereinbarten Ablauf des betreffenden Versicherungsvertrages, soweit der Tilgungsplan die Ablaufzeit des Versicherungsvertrages angemessen berücksichtigt hat.
- (2) Andere Aufhebungsgründe des Versicherungsvertrages führen - bis auf den Widerruf des Versicherungsvertrages - grundsätzlich nicht automatisch zur Beendigung dieses Vertrages; beendet wird dieser Vertrag insbesondere nicht durch die Berufsunfähigkeit der im Rahmen des Versicherungsvertrages versicherten Person.

## § 7 SCHLUSSBESTIMMUNGEN

- (1) Änderungen oder Ergänzungen zu diesem Vertrag bedürfen der Schriftform.
- (2) Neben diesem Vertrag existieren keine weiteren Abreden zur Kostentilgung des betreffenden Versicherungsvertrages.
- (3) Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung sich nachträglich als unwirksam herausstellen, hat dies auf die Wirksamkeit der übrigen Vertragsregelungen keinen Einfluss. Soweit die Parteien anstelle der unwirksamen Bestimmung eine rechtswirksame Regelung in Schriftform vereinbaren, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung und des gesamten Darlehensvertrages entspricht, so gilt diese. Im Fall des Fehlens einer solchen Neuregelung gilt das wirtschaftlich Gewollte, hilfsweise die gesetzliche Regelung.

# Bedingungen für die Zahlungsausfallversicherung (ZAV) PrismaLife KostenausgleichProtect

*Sehr geehrter Kunde,  
KostenausgleichProtect (im Folgenden der Gruppenversicherungsvertrag) dient zur Absicherung Ihrer Zahlungsverpflichtungen aus der Kostenausgleichvereinbarung mit der PrismaLife AG bei Tod, unverschuldeter Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit.*

## Verbraucherinformationen:

### VERSICHERER

- Versicherer für den Schutz der Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit ist:

London General Insurance Company Limited (LGI)  
Integra House, Vicarage Road, Egham, Surrey  
TW20 9JYZ, Vereinigtes Königreich, Registernummer  
202689 (FSA)

Sie handelt über ihre Niederlassung in Deutschland, gesetzlicher Vertreter ist der Hauptbevollmächtigte Herr Gerhard Boß, Darmstädter Landstraße 108, D-60598 Frankfurt

Vertretungsberechtigt für LGI ist:

TWG Services Ltd. (TWG)  
Integra Hous, Vicarage Road, Egham, Surrey TW20  
9JYZ, Vereinigtes Königreich, Registernummer  
312440 (FSA)

TWG handelt über ihre Niederlassung:

The Warranty Group Europe (Handelsname)  
President Kennedylaan 106, 6883 AX, Velp (Gld),  
Niederlande, Handelsregisternummer 33225497

- Versicherer für das Todesfallrisiko ist:  
PrismaLife AG, Industriestrasse 56, 9491 Ruggell,  
Liechtenstein

### LEISTUNGEN DER VERSICHERER

Die Versicherer leisten bei Tod, unverschuldeter Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Allgemeinen Bestimmungen.

### GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG

- Der Gruppenversicherungsvertrag beinhaltet alle Kostenausgleichvereinbarungen mit der PrismaLife AG mit monatlich wiederkehrenden Zahlungen und einer Laufzeit von mehr als sechs Monaten.
- Sie sind Mitglied des Gruppenversicherungsvertrags während der Laufzeit Ihrer Kostenausgleichvereinbarung mit der PrismaLife AG.  
Bei Beendigung der Kooperation zwischen der PrismaLife AG und der LGI bleibt der Versicherungsschutz für Sie als Mitglied des Gruppenversicherungsvertrags bis zum Ablauf Ihrer Kostenausgleichvereinbarung bestehen.
- Für den Gruppenversicherungsvertrag gelten die allgemeinen Verbraucherbedingungen für die Zahlungsausfallversicherung KostenausgleichProtect in der Version vom Januar 2010.

### BEITRÄGE UND ZAHLWEISE

Die Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag und der damit verbundene Versicherungsschutz sind für die Mitglieder des Gruppenversicherungsvertrages kostenlos.

### KORRESPONDENZ

- Willenserklärungen im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit richten Sie bitte an die „The Warranty Group Europe“. Diese ist durch den Versicherer (LGI) zur Entgegennahme sämtlicher Willenserklärungen der Mitglieder des Gruppenversicherungsvertrages bevollmächtigt. Die „The Warranty Group Europe“ ist durch den Versicherer (LGI) ebenfalls bevollmächtigt, die im Versicherungsfall notwendigen Unterlagen anzufordern und die Leistungsbearbeitung für den Versicherer (LGI) abschließend vorzunehmen, sowie die PrismaLife AG darüber zu informieren.
- Willenserklärungen im Zusammenhang mit dem Tod des Mitglieds des Gruppenversicherungsvertrages sind an die PrismaLife AG zu richten.

### BESCHWERDESTELLEN

Bei Fragen oder Beschwerden über die Versicherer oder den Gruppenversicherungsvertrag können Sie sich an folgende Stellen wenden:

In Deutschland:

The Warranty Group Europe  
Postfach 3240, D-46446 Emmerich

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
Graurheindorferstrasse 108, D-53117 Bonn oder  
Lurgiallee 12, D-60439 Frankfurt a. M.

In Liechtenstein:

Beschwerdestelle der PrismaLife AG  
Industriestrasse 56  
9491 Ruggell  
Liechtenstein  
beschwerdestelle@prismalife.com

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein  
Heiligkreuz 8, Postfach 279  
9490 Vaduz  
Liechtenstein

### GELTENDES RECHT UND VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

- Für den Gruppenversicherungsvertrag gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist Deutsch. Es finden die Bedingungen für die Zahlungsausfallversicherung KostenausgleichProtect in der Version vom Januar 2010 Anwendung.
- Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag für den Fall Ihrer Arbeitslosigkeit oder Ihrer Arbeitsunfähigkeit können Sie gegen die London General Insurance Company Limited (LGI) geltend machen. Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag für den Fall Ihres Todes können gegen die PrismaLife AG geltend gemacht werden.  
Für Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung (ZPO) auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.  
Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag kann die PrismaLife AG ausschließlich bei dem Gericht geltend machen, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.  
Für den Fall, dass Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland) verlegen oder Ihr

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zur Zeit der Klageerhebung nicht bekannt ist, können die Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag am zuständigen Gericht in Konstanz am Bodensee (Deutschland) geltend gemacht werden.

### Allgemeine Bestimmungen:

#### §1 WAS IST GEGENSTAND DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES UND WELCHE PARTEIEN SIND AM GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG BETEILIGT?

- (1) Der Gruppenversicherungsvertrag beinhaltet alle Kostenausgleichvereinbarungen mit der PrismaLife AG mit monatlich wiederkehrenden Zahlungen und einer Laufzeit von mehr als sechs Monaten.
- (2) Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages ist die Absicherung der Zahlungsverpflichtung zur Kostenausgleichvereinbarung im Falle von Tod, unverschuldeter Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit der Mitglieder des Gruppenversicherungsvertrages.
- (3) Mitglieder des Gruppenversicherungsvertrages sind diejenigen Kunden der PrismaLife die eine Kostenausgleichvereinbarung mit einer Laufzeit von mehr als sechs Monaten abgeschlossen haben.
- (4) Die Mitgliedschaft besteht während der Laufzeit der Kostenausgleichvereinbarung.
- (5) Versicherer sind die PrismaLife AG und die London General Insurance Company Limited (LGI).

#### § 2 VERSICHERUNGSFÄHIGKEIT

- (1) Versicherungsschutz für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit werden gewährt, wenn das Mitglied:
  - a) bei Beginn der Mitgliedschaft mindestens 18 Jahre und noch nicht 64 Jahre alt ist;
  - b) bei Beginn der Mitgliedschaft innerhalb Deutschlands mindestens seit 12 Monaten vollzeitbeschäftigt angestellt ist und hiervon mehr als 6 Monate bei ein und demselben Arbeitgeber. Vollzeitbeschäftigt ist das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages, wenn es in einem unbefristeten oder befristeten und sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis von mehr als 30 Stunden pro Woche steht;  
oder  
bei Beginn der Mitgliedschaft selbständig tätig ist und innerhalb Deutschlands seit mindestens 36 Monaten und ohne Unterbrechung denselben freien Beruf ausübt oder dasselbe Gewerbe betreibt oder es unmittelbar einen beherrschenden Einfluss auf die Leitung derselben Personen- oder Kapitalgesellschaft hat, in welcher es selbst als Organ tätig ist, mit dieser Tätigkeit hauptsächlich seinen Lebensunterhalt bestreitet und es daneben keine weiteren beruflichen Tätigkeiten ausübt;
  - c) monatlich wiederkehrende Zahlungsverpflichtungen aus einer Kostenausgleichvereinbarung mit einer Laufzeit von mehr als sechs Monaten mit der PrismaLife AG hat und diese absichert;
  - d) keinem eröffneten oder beantragten Insolvenzverfahren über das eigene Vermögen ausgesetzt ist.
- (2) Versicherungsschutz bei Tod wird jedem Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages gewährt.
- (3) Nicht versicherbar sind Personen, die folgende Tätigkeiten ausüben:
  - a) Saisonarbeiten;
  - b) Projektgebundene Arbeiten, für die das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages speziell angestellt wurde;
  - c) Ausbildungsverhältnisse;
  - d) Wehrpflicht- oder Zivildienst.

### § 3 BEGINN UND ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

(1) Der Versicherungsschutz für die Risiken Arbeitsunfähigkeit und Tod beginnt mit dem Eingang der ersten Rate der Kostenausgleichsvereinbarung mit der PrismaLife AG bei der PrismaLife AG.

Der Versicherungsschutz für das Risiko Arbeitslosigkeit beginnt erst nach Ablauf von 3 Monaten nach dem Eingang der ersten Rate der Kostenausgleichsvereinbarung mit der PrismaLife AG bei der PrismaLife AG (Wartezeit).

(2) Der Versicherungsschutz endet nach Ablauf der Laufzeit der Kostenausgleichsvereinbarung.

(3) Der Versicherungsschutz für die Risiken Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit endet vorzeitig zum frühesten der nachfolgenden Zeitpunkte:

a) bei Ablauf des Versicherungsmonats, in den der 65. Geburtstag des Versicherten fällt;

b) bei Eintritt in den endgültigen Ruhestand oder Vorruhestand oder mit dem Tod des Mitglieds.

(4) Gerät das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages mit mindestens zwei aufeinanderfolgenden Teilzahlungen zur Kostenausgleichsvereinbarung ganz oder teilweise in Verzug und hat die PrismaLife AG erfolglos eine zweiwöchige Frist zur Zahlung des rückständigen Betrages gesetzt, erlischt die Absicherung der restlichen Teilzahlungsraten aus der Kostenausgleichsvereinbarung im Falle der Arbeitslosigkeit, der Arbeitsunfähigkeit und des Todes des Mitglieds.

### § 4 ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

(1) Für den Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit ermächtigt das Mitglied im Gruppenversicherungsvertrag alle Behörden (u.a. die Agenturen für Arbeit), „The Warranty Group“ auf Verlangen Auskunft zu erteilen, sofern dies zur Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich ist. Dem Mitglied ist bekannt, dass „The Warranty Group“ zur Klärung ihrer Leistungspflicht weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen kann.

(2) Für den Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit ermächtigt das Mitglied im Gruppenversicherungsvertrag die „The Warranty Group“ und für den Fall des Todes die PrismaLife AG, zur Nachprüfung und Verwertung der von dem Mitglied über seine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen es in Behandlung/Pflege war, ist oder sein wird, sowie andere Personenversicherer, Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden über seine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen.

Dies gilt für die Zeit vor dem Versicherungsbeginn und die nächsten 10 Jahre nach dem Versicherungsbeginn. Die PrismaLife AG darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die Ärzte, die das Mitglied im letzten Jahr vor seinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie alle oben genannten Personen bzw. Institutionen über die Todesursache und die Krankheit, die zum Tod geführt hat, befragen. Insoweit entbindet das Mitglied alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über seinen Tod hinaus.

### § 5 BEITRÄGE UND ZAHLWEISE

Die Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag und der damit verbundene Versicherungsschutz sind für die Mitglieder des Gruppenversicherungsvertrages kostenlos.

### § 6 EMPFÄNGER DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Die Leistungen aus dem Gruppenversicherungsvertrag

werden an die PrismaLife AG erbracht und dienen dem Zweck der Begleichung der Teilzahlungsraten der Kostenausgleichsvereinbarung.

### § 7 KORRESPONDENZ

(1) Auf Verlangen der Versicherer sind Unterlagen im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.

(2) Für die LGI bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie der LGI zugegangen sind.

(3) Für die PrismaLife AG bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie der PrismaLife AG zugegangen sind.

(4) Die Leistungsbearbeitung für das Risiko der Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit wird durchgeführt durch:

The Warranty Group Europe,  
Postfach 32 40, D-46446 Emmerich, Deutschland  
Sämtlicher Schriftverkehr und Willenserklärungen sind direkt an „The Warranty Group“ zu richten. Sie gelten als beim Versicherer (LGI) eingegangen, wenn sie bei „The Warranty Group“ eingegangen sind. „The Warranty Group“ ist vom Versicherer ermächtigt, gegenüber den Versicherten die Annahme zu erklären und zu bestätigen.

(5) Die Leistungsbearbeitung für das Todesfallrisiko wird durchgeführt durch:

PrismaLife AG  
Industriestrasse 56, FL-9491 Ruggell, Liechtenstein

### § 8 GELTENDES RECHT UND VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

(1) Für den Gruppenversicherungsvertrag gilt Deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

(2) Es finden die Bedingungen für die Zahlungsausfallversicherung PrismaLife KostenausgleichProtect in der Version vom Januar 2010 Anwendung.

(3) Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag für den Fall der Arbeitslosigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit können gegen die London General Insurance Company Limited (LGI) geltend gemacht werden. Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag für den Fall des Todes des Mitglieds können gegen die PrismaLife AG geltend gemacht werden.

(4) Für Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung (ZPO) auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(5) Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag kann die PrismaLife AG ausschließlich bei dem Gericht geltend machen, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(6) Für den Fall, dass Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland) verlegen oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zur Zeit der Klageerhebung nicht bekannt ist, können die Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag am zuständigen Gericht in Konstanz am Bodensee (Deutschland) geltend gemacht werden.

Was gilt bei Arbeitslosigkeit:

### § 9 WAS IST ARBEITSLOSIGKEIT IM SINNE DIESER BEDINGUNGEN?

(1) Arbeitslosigkeit bei angestellten Mitgliedern des Gruppenversicherungsvertrages bedeutet, dass das Mitglied aus einer sozialversicherungspflichtigen

Vollzeitbeschäftigung heraus während der Dauer des Versicherungsschutzes unverschuldet arbeitslos wird, bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet ist und Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II aufgrund von Arbeitslosigkeit gemäß § 117 SGB III Abs. 1 Nr. 1 bezieht. Unverschuldet bedeutet in diesem Zusammenhang: Bei Verlust der Vollzeitbeschäftigung muss die Arbeitslosigkeit Folge einer Kündigung des Arbeitgebers oder einer einvernehmlichen Aufhebung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen der vergleichsweisen Erledigung des Kündigungsschutz-Prozesses oder zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung sein.

(2) Arbeitslosigkeit bei selbständig tätigen Mitgliedern des Gruppenversicherungsvertrages liegt vor, wenn das Mitglied wegen dringender betrieblicher Erfordernisse arbeitslos geworden ist. Dies ist der Fall, wenn das Mitglied die selbständige Tätigkeit nach § 2 (1) b) der Allgemeinen Bestimmungen aus wirtschaftlichen Gründen (d.h. nicht wegen Arbeitsunfähigkeit, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit) aufgibt.

### § 10 WAS IST IM FALL VON ARBEITSLOSIGKEIT VERSICHERT?

(1) Die versicherte Leistung ist die monatliche Teilzahlung zur Kostenausgleichsvereinbarung zwischen dem Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages und der PrismaLife AG. Dabei ist die monatliche Leistung auf 1.500 € begrenzt.

(2) Wird das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages während der Laufzeit des Versicherungsschutzes unverschuldet arbeitslos, leistet der Versicherer nach Ablauf der Karenzzeit (leistungsfreie Zeit) von drei Monaten die versicherte Leistung.

(3) Die Leistung ist je Versicherungsfall auf 24 Monate begrenzt, die Gesamtleistung aus dem Vertrag ist auf 36 Monate begrenzt.

(4) Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle der erneuten Arbeitslosigkeit muss das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages mindestens 6 Monate s.o. (Requalifizierungszeit) bei ein und demselben Arbeitgeber in Vollzeit beschäftigt bzw. ein und derselben selbständigen gewerblichen Tätigkeit 12 Monate nachgegangen sein.

(5) Die Leistungsvoraussetzungen werden durch den Versicherer monatlich geprüft.

### § 11 IN WELCHEN FÄLLEN IST DER VERSICHERUNGSSCHUTZ AUSGESCHLOSSEN?

(1) Im Fall der Arbeitslosigkeit von sozialversicherungspflichtigen Angestellten besteht kein Versicherungsschutz, wenn das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages:

a) Nicht innerhalb Deutschlands mindestens seit 12 Monaten vollzeitbeschäftigt angestellt war und hiervon bei Beginn der Arbeitslosigkeit mehr als 6 Monate bei ein und demselben Arbeitgeber vollzeitbeschäftigt war;

b) Arbeitslosengeld aufgrund sonstiger Gründe erhält wie z.B. Umschulung, Weiterbildung, Aussteuerung oder Leistungen nach § 117 SGB III Abs. 1 Nr. 2 erhält;

c) nach Beginn der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag und vor Eintritt des Versicherungsschutzes für die Arbeitslosigkeit, das heißt, innerhalb der ersten 3 Monate nach dem Eingang der ersten Rate der Kostenausgleichsvereinbarung bei der PrismaLife AG arbeitslos wird oder die Kündigung (gleich ob schriftlich oder mündlich) innerhalb dieses Zeitraums ausgesprochen wird (Wartezeit);

d) vor Beginn der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag die Kündigung erhält oder diese erkennbar bevorsteht;

e) bei einem befristeten Arbeitsverhältnis wegen Ablauf der Befristung arbeitslos wird oder die Arbeitslosigkeit in der Natur der Tätigkeit oder des Arbeitsverhältnisses liegt. Hierunter entfallen insbesondere:

Witterungsbedingte Kündigungen zwischen dem 1.11. und dem 31.03. des Jahres, Saisonarbeiten, Wehrpflicht- oder Zivildienst, Kurzarbeit, Projektgebundene Arbeiten, für welche das Mitglied speziell angestellt wurde, sowie Arbeitsverträge während der Probezeit und Ausbildungszeiten;

f) ein vorsätzliches oder vertragswidriges Fehlverhalten begangen hat und ihm aufgrund dieses Fehlverhaltens gekündigt wurde;

g) den Arbeitsvertrag selbst kündigt oder einer einvernehmlichen Aufhebung zustimmt, es sei denn, die einvernehmliche Aufhebung geschieht unter den unter § 9 (1) genannten Umständen;

h) durch eine Vertragsaufhebung arbeitslos wird, wobei sich die Aufhebung zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung auf Fälle bezieht, in der sich die betriebsbedingten Gründe vor Beginn der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag ergaben.

(2) Im Fall der Arbeitslosigkeit von selbständig Tätigen besteht kein Versicherungsschutz, wenn das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages bei Beginn der Mitgliedschaft:

a) die Umstände kannte, die zur Aufgabe der selbständigen Tätigkeit führten oder aufgrund grober Fahrlässigkeit keine Kenntnis hatte;

b) nicht innerhalb der Bundesrepublik Deutschland seit mindestens 36 Monaten einer selbständigen Tätigkeit nachgegangen ist.

## § 12 WELCHE MITWIRKUNGSPFLICHTEN SIND ZU BEACHTEN, WENN LEISTUNGEN AUS DEM GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG VERLANGT WERDEN?

Im Fall der Arbeitslosigkeit hat sich das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages bei Eintritt der unverschuldeten Arbeitslosigkeit unverzüglich arbeitslos und als Arbeitsuchender bei der zuständigen Agentur für Arbeit zu melden.

(1) Dauert die Arbeitslosigkeit bis nach Ablauf der Karenzzeit an, hat das zuvor angestellte Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages:

a) dem Versicherer den Beginn und Ende der unverschuldeten Arbeitslosigkeit unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Geschieht die Meldung nicht innerhalb von 30 Tagen nach Ablauf der Karenzzeit hat der Versicherer das Recht die Leistung zu verweigern;

b) dem Versicherer das mit Kündigungsgründen und Datum versehene Kündigungsschreiben vorzulegen;

c) eine Kopie der Arbeitsbescheinigung vorzulegen, die der letzte Arbeitgeber für die Agentur für Arbeit ausgefüllt hat;

d) dem Versicherer den Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit vorzulegen.

(2) Dauert die Arbeitslosigkeit bis nach Ablauf der Karenzzeit an, hat das zuvor selbständige Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages:

a) dem Versicherer Beginn und Ende der Arbeitslosigkeit unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Geschieht die Meldung nicht innerhalb von 30 Tagen nach Ablauf der Karenzzeit, hat der Versicherer das Recht, die Leistung zu verweigern;

b) dem Versicherer eine Kopie des Antrages auf Leistung von Arbeitslosengeld bzw. den Ablehnungsbescheid der Agentur für Arbeit, eine Kopie der Gewerbeabmeldung, der Handelsregisterlöschung etc. vorzulegen;

c) dem Versicherer eine Bescheinigung der Agentur für Arbeit vorzulegen, aus der sich ergibt, seit wann das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages bei der Agentur für Arbeit ununterbrochen als arbeitslos und als Arbeitssuchender gemeldet ist.

(3) Während der Dauer der Arbeitslosigkeit hat das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages sich nachhaltig um die Aufnahme einer neuen Tätigkeit zu bemühen und den Anforderungen der Agentur für Arbeit im Zusammenhang mit der Berechtigung des Bezuges von Arbeitslosengeld nachzukommen.

(4) Während der Leistungsdauer hat das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages dem Versicherer

a) den ersten und jeden weiteren Bewilligungs- oder Änderungsbescheid der Agentur für Arbeit vorzulegen, aus dem sich die Dauer des Bezuges von Arbeitslosengeld ergibt;

b) sowohl die eventuelle Reduzierung der Dauer des Anspruches auf Arbeitslosengeld als auch die nachträgliche Aberkennung des Arbeitslosengeld-Anspruchs durch die Agentur für Arbeit mitzuteilen;

c) das ununterbrochene Fortbestehen der Arbeitslosigkeit und den regelmäßigen Bezug von Arbeitslosengeld jeden Monat nachzuweisen; dies kann in Form eines „geschwärtzten“ Bankauszuges oder eines Ausdruckes aus dem Leistungsprogramm der Agentur für Arbeit erfolgen.

(5) Sofern eine dieser Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) vom Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages vorsätzlich nicht erfüllt wird, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnisse zu kürzen. Das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages kann nachweisen, dass die Fahrlässigkeit nicht grob war. Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt insoweit bestehen, als die Verletzung für die Feststellung weder des Versicherungsfalls noch des Umfangs der Leistungspflicht ursächlich ist. Wird die Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung arglistig verletzt, ist der Versicherer – unabhängig vom Bestehen des Ursachenzusammenhangs – zur Leistung nicht verpflichtet.

(6) Durch Nachweise entstehende Kosten trägt das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages.

## Was gilt bei Arbeitsunfähigkeit:

### § 13 WAS IST ARBEITSUNFÄHIGKEIT IM SINNE DIESER BEDINGUNGEN?

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages infolge von Gesundheitsstörungen oder aufgrund eines Unfalls nach medizinischem Befund außerstande ist, seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben, sie nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Ferner muss es sich wegen dieser Gesundheitsstörung in regelmäßiger Behandlung durch einen zugelassenen und praktizierenden Arzt innerhalb der EU oder der Schweiz befinden.

### § 14 WAS IST IM FALL VON ARBEITSUNFÄHIGKEIT VERSICHERT?

(1) Die versicherte Leistung ist die monatliche Teilzahlung zur Kostenausgleichsvereinbarung zwischen dem Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages und der PrismaLife AG. Dabei ist die monatliche Leistung auf 1.500 € begrenzt.

(2) Wird das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages während der Laufzeit des Versicherungsschutzes arbeitsunfähig, leistet der Versicherer die versicherte Leistung nach Ablauf der Karenzzeit (leistungsfreie Zeit) von zwei Monaten. Die erste Auszahlung erfolgt rückwirkend nach Ablauf weiterer 30 Tage für den vorangegangenen Monat. Die weiteren Auszahlungen folgen in monatlichem Abstand jeweils rückwirkend.

### § 15 IN WELCHEN FÄLLEN IST DER VERSICHERUNGSSCHUTZ AUSGESCHLOSSEN?

(1) Im Fall der Arbeitsunfähigkeit erstreckt sich der Versicherungsschutz nicht auf die dem Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages bekannten ernstlichen Erkrankungen (ernstliche Erkrankungen sind z. B. Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs, der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane, Krebs,

HIV-Infektion/Aids, psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen) oder Unfallfolgen, wegen derer es in den letzten zwölf Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.

(2) Ferner wird keine Versicherungsleistung bezahlt bei Arbeitsunfähigkeit verursacht durch:

a) absichtliche Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, dem Versicherer wird nachgewiesen, dass diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist;

b) Schwangerschaft;

c) Sucht (z.B. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch);

d) unmittelbare oder mittelbare Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages auf Seiten der Unruhestifter daran aktiv teilgenommen hat;

e) Strahlung, Kontamination oder radioaktive Einwirkungen, unerheblich aus welcher Quelle;

f) psychische Krankheiten oder geistige oder nervliche Störungen, es sei denn, dass diese von einem zugelassenen und praktizierenden Psychiater untersucht und diagnostiziert worden sind;

g) chirurgische Eingriffe und medizinische Behandlungen, die nicht aus medizinischen Gründen durchgeführt wurden;

h) die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages.

### § 16 WAS IST ZU BEACHTEN, WENN SOWOHL ARBEITSUNFÄHIGKEIT ALS AUCH ARBEITSLOSIGKEIT AUF TRETEN?

(1) Sofern das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages aus diesem Vertrag Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erhält und während dieser Zeit arbeitslos wird, finden die folgenden Bestimmungen Anwendung:

a) Das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages hat dem Versicherer die veränderten Umstände unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

b) Nach dem Ende der Leistungszeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit kann das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages einen Anspruch auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit geltend machen.

c) Eine Versicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit ist für die Zeit des Leistungsbezuges wegen Arbeitslosigkeit ausgeschlossen.

(2) Bei der Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistung (Berechnung der Karenzzeit) aufgrund von Arbeitslosigkeit wird der Versicherer die Zeit der Arbeitsunfähigkeit als Vollzeitbeschäftigung anrechnen.

### § 17 WELCHE MITWIRKUNGSPFLICHTEN SIND ZU BEACHTEN, WENN LEISTUNGEN AUS DEM GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG VERLANGT WERDEN?

Im Fall der Arbeitsunfähigkeit hat das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages dies dem Versicherer unverzüglich innerhalb von 30 Tagen nach Ablauf der Karenzzeit schriftlich anzuzeigen. Erfolgt dies nicht, hat der Versicherer das Recht, die Leistung zu verweigern.

(1) Ansprüche aufgrund von Arbeitsunfähigkeit sind für jeden weiteren Monatszeitraum, für den das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages Versicherungsleistungen beantragt, erneut geltend zu machen.

(2) Eine Leistungspflicht des Versicherers besteht nur, sofern das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages schriftlich nachweist, dass die Leistungsvoraussetzungen nach diesen Bedingungen bestehen.

(3) Im Fall der Arbeitsunfähigkeit kann der Versicherer zur Prüfung der Leistungspflicht alle notwendigen Nachweise verlangen, die für die Geltendmachung des jeweiligen Anspruchs auf Leistung notwendig sind; dies sind insbesondere:

- a) Einen durch einen zugelassenen und praktizierenden Arzt erstellten Nachweis über die Arbeitsunfähigkeit und deren Ursache;
- b) Der Versicherer kann auf eigene Kosten die Untersuchung des Mitglieds des Gruppenversicherungsvertrages durch einen von ihm bestimmten zugelassenen und praktizierenden Arzt verlangen;
- c) Bei Eintritt eines Versicherungsfalles ist das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages verpflichtet, Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen es in Behandlung war oder sein wird sowie Personenversicherer und Behörden (u. a. Agenturen für Arbeit) zu ermächtigen, dem Versicherer auf Verlangen Auskunft zu erteilen, sofern dies zur Überprüfung der Leistungspflicht des Versicherers im konkreten Einzelfall erforderlich ist.

(4) Sofern eine dieser Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) vom Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages vorsätzlich nicht erfüllt wird, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnisses zu kürzen. Das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages kann nachweisen, dass die Fahrlässigkeit nicht grob war. Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt insoweit bestehen, als die Verletzung für die Feststellung weder des Versicherungsfalles noch des Umfangs der Leistungspflicht ursächlich ist. Wird die Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung arglistig verletzt, ist der Versicherer – unabhängig vom Bestehen des Ursachenzusammenhangs – zur Leistung nicht verpflichtet.

(5) Durch Nachweise entstehende Kosten trägt das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages.

#### Was gilt im Todesfall:

---

#### **§ 18 WAS IST IM FALL VON TOD VERSICHERT?**

Stirbt das Mitglied des Gruppenversicherungsvertrages übernimmt die PrismaLife AG unabhängig von der Ursache des Todes die Tilgung der Restschuld. Dabei gilt eine Höchstversicherungssumme von EUR 75'000.

---

#### **§ 19 WELCHE MITWIRKUNGSPFLICHTEN SIND ZU BEACHTEN, WENN LEISTUNGEN AUS DEM GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG VERLANGT WERDEN?**

(1) Der Tod des Mitglieds des Gruppenversicherungsvertrages ist der PrismaLife AG unverzüglich anzuzeigen. Außerdem sind der PrismaLife AG folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende, Sterbeurkunde,
- b) ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Mitglieds des Gruppenversicherungsvertrages geführt hat.

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

(3) Durch Nachweise entstehende Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

# Gebührentabelle für die Fondsgebundene Rentenversicherung PrismaRent (Stand Januar 2010)

Als Transaktionskosten werden je nach dem vom Versicherungsnehmer gewünschten Geschäftsvorfall folgende Kostenbeträge entnommen. Diese können jederzeit von der PrismaLife angepasst und erweitert werden:

Geschäftsvorfall	Sonderkosten EUR	Geschäftsvorfall	Sonderkosten EUR
1. Wertmitteilung pro Kalenderjahr	kostenlos	Änderung der Beitragszahlungsdauer	10
Weitere Wertmitteilungen im gleichen Kalenderjahr	10	Beitragserrhöhung ohne Risikoprüfung	10
12 Switches pro Kalenderjahr	kostenlos	Beitragserrhöhung mit Risikoprüfung	20
Weiterer Switch im gleichen Kalenderjahr	20	Beitragsreduktion	10
12 Shifts pro Kalenderjahr	kostenlos	Beitragspause	20
Weiterer Shift im gleichen Kalenderjahr	20	Beitragsfreistellung	20
Abtretung, Verpfändung	5	Rückläufer beim Lastschriftverfahren	5
Änderung des Versicherungsnehmers	10	Mahnung	10
Änderung der Adressen (inkl. Namensänderung)	5	Kündigung	20
Änderung des Bezugsrechts	5	Wiederinkraftsetzen	20
Änderung des Kontos	5	Ausstellen einer Ersatzpolice	20
Änderung der Dynamik	5	Zuzahlung	10
Änderung der Aufschubzeit	20	Teilauszahlung	20
--	--	Teilverrentung	10

Sie haben das Recht, pro Jahr eine unbegrenzte Anzahl an Switches und Shifts durchzuführen.

Gemäß § 6 der Bedingungen für die Fondsgebundene Rentenversicherung PrismaRent werden Ihrem Versicherungsvertrag folgende Kosten belastet:

1. Verwaltungskosten
  - Einmalige Policengebühr im ersten Jahr ..... EUR 25 zzgl. Risikoprüfungsgebühr
  - Laufende Verwaltungskosten für laufende Beiträge ..... 5% jedes bezahlten Beitrages
2. Jährliche fixe Verwaltungsgebühr (Jahresgebühr) ..... EUR 30
3. Ausgabekommission (§ 9) ..... derzeit keine, wenn nicht gesondert in den Fondsinformationen aufgeführt
4. Rücknahmekommission (§ 9) ..... in der Regel keine, einzelne Fonds ja (siehe Fondsinformationen)
5. Depotverwaltungsgebühr (§ 6).....bei einzelnen Fonds, den aktuellen Fondsinformationen zu entnehmen

#### BEI DER BERECHNUNG DER RISIKOPRÄMIEN KOMMEN DERZEIT FOLGENDE RECHNUNGSGRUNDLAGEN ZUR ANWENDUNG:

Todesfallrisiko .....	DAV 2008 T
Berufsunfähigkeitsrisiko .....	DAV 1997 I

Bei der Berechnung der Summe unter Risiko werden sowohl laufende Beiträge als auch Zuzahlungen berücksichtigt.

Für die Berechnung des garantierten Rentenfaktors legen wir derzeit 70% der von der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) empfohlenen Sterbetafel DAV 2004 R und den derzeit gültigen Rechnungszins in Höhe von 2.25% p.a. zugrunde.