

Verbraucherinformationen

Fondsgebundene BasisRente

PrismaBasis

Inhaltsverzeichnis

Informationen zur Fondsgebundenen BasisRente	2
Allgemeine Angaben über die Steuerregelung	3
Illustrative Angaben über die Kostenbelastung des Versicherungsvertrages	4
Hinweise zur Datenverarbeitung	6
Bedingungen für die Fondsgebundene BasisRente	8
Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung	13
Bedingungen für die Zuwachsversicherung (Dynamik)	15
Bedingungen für das Ablaufmanagement	16
Anhang zur Beitragsfreistellung	17
Gebührentabelle	18

Informationen zur Fondsgebundenen BasisRente

Sehr geehrter Kunde, als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Die Angaben in diesen Verbraucherinformationen ergänzen diejenigen Angaben, die bereits in dem von Ihnen gestellten Versicherungsantrag oder in den weiteren Unterlagen dieser Verbraucherinformationen erhalten sind.

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND GELTENDES RECHT

Für das jeweilige Versicherungsverhältnis gelten die Bedingungen für die PrismaBasis nach dem Tarif Fondsgebundene BasisRente Januar 2009. Bei Vereinbarung des Berufsunfähigkeitschutzes gelten zusätzlich die Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung. Bei Vereinbarung einer dynamischen Anpassung gelten zusätzlich die Bedingungen für die Zuwachsversicherung. Sie sind Bestandteil dieser Verbraucherinformation. Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

VERSICHERER UND VERTRAGSPARTNER

Ihr Vertragspartner ist die:
PrismaLife AG
Industriestraße 56, FL-9491 Ruggell
Fürstentum Liechtenstein
im Folgenden PrismaLife
Die Hauptgeschäftstätigkeit der PrismaLife AG ist die Lebensversicherung.

LEISTUNGEN DES VERSICHERERS

Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers entnehmen Sie bitte Ihre 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 nach billigem Ermessen des Aktuars.*

BEITRÄGE UND ZAHLWEISE

Der Beitrag für Ihren Versicherungsvertrag sowie die vereinbarte Zahlweise (jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich) ergeben sich aus der Antragsdurchschrift und werden auf Ihrer Versicherungspolice ausgewiesen.

WIDERRUFSRECHT

Sie können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Ihre Vertragserklärung widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der PrismaLife AG zu erklären (Kontaktdaten: PrismaLife AG, Industriestraße 56, FL – 9491 Ruggell, Fax: 00423/237 00 09, E-Mail: info@prismalife.com) und muss keine Begründung enthalten. Die Frist beginnt erst nach Erhalt in Textform der Versicherungspolice, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen 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 zu laufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Stattdessen zahlen wir den Rückkaufswert. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

ABSCHRIFTEN

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

BESCHWERDESTELLEN

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

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

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein
Heiligkreuz 8, Postfach 684
FL-9490 Vaduz

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

ANTRAGSBINDEFRIST

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

ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Dieser Vertrag ist nicht an den Überschüssen beteiligt. Sie sind bei einer Fondsgebundenen BasisRente stattdessen unmittelbar an der Wertentwicklung des gewählten Fonds beteiligt.

FONDS DER FONDSGEBUNDENEN RENTENVERSICHERUNG

Die Anlageprämien Ihrer Fondsgebundenen BasisRente werden in den von Ihnen ausgewählten Fonds angelegt. 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

Nach Ablauf der Aufschubzeit, frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres, 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.

ABTRETUNGEN UND BELEIHUNGEN

Eine Abtretung und Beleihung des Versicherungsvertrages ist ausgeschlossen.

VERPFÄNDUNG UND VERERBUNG

Eine Verpfändung und Vererbung des Versicherungsvertrages ist ausgeschlossen.

ÜBERTRAGUNG UND VERÄUSSERUNG

Eine Übertragung und Veräußerung des Versicherungsvertrages ist ausgeschlossen.

KAPITALISIERUNG

Sie können Ihren Vertrag nicht vorzeitig kündigen, sondern höchstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer beitragsfrei stellen oder, falls möglich, eine Beitragspause von höchstens 12 Monaten einlegen. Leistungen aus dem Vertrag werden als Rente und nicht kapitalisiert ausgezahlt.

GARANTIEWERTE

Die PrismaLife garantiert keine Höhe der Rente. Einzelne der von der PrismaLife im Rahmen ihrer Produkte angebotenen Investmentfonds bieten Garantien für Fondskurse sowie zum Teil auch für erreichte Fondshöchststände.

* Erläuterungen siehe "Informationen zu oft verwendeten Begriffen"

Allgemeine Angaben über die Steuerregelung in der Bundesrepublik Deutschland

Für die fondsgebundene Basisrente gilt Folgendes:

A. EINKOMMENSTEUER

1. Beiträge

Beiträge zur Basisrente können zusammen mit Beiträgen zu den gesetzlichen Rentenversicherungen, zu landwirtschaftlichen Alterskassen und berufsständischen Versorgungseinrichtungen gemäß § 10 Abs. 3 EStG bei der Veranlagung zur Einkommensteuer je Kalenderjahr bis zu einem Höchstbetrag von 20'000 EUR (bei gemeinsam veranlagten Ehegatten zusammen 40'000 EUR) im Rahmen der Sonderausgaben als Altersvorsorgeaufwendungen abgezogen werden. Der Höchstbetrag kann sich je nach Berufsgruppe des Steuerpflichtigen um einen fiktiven Betrag reduzieren, der dem Gesamtbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung entspricht.

Für den Zeitraum von 2005 bis 2024 besteht eine Übergangsregelung, nach der die Altersvorsorgeaufwendungen in Höhe folgender Prozentsätze geltend gemacht werden können:

Jahr	Höhe	Jahr	Höhe	Jahr	Höhe
2005	60%	2012	74%	2019	88%
2006	62%	2013	76%	2020	90%
2007	64%	2014	78%	2021	92%
2008	66%	2015	80%	2022	94%
2009	68%	2016	82%	2023	96%
2010	70%	2017	84%	2024	98%
2011	72%	2018	86%	2025	100%

Bei Steuerpflichtigen mit nach § 3 Nr. 62 EStG steuerfreien Arbeitgeberleistungen (steuerfreier Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten oder diesen gleichgestellten steuerfreien Arbeitgeberzuschüsse) ist der sich daraus jeweils ergebende Betrag um die steuerfreien Arbeitgeberleistungen zu kürzen.

2. Leistungen

Leibrenten aus der Basisrente unterliegen als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 1 Satz 3 a) aa) EStG der Einkommensteuer. Je nach Jahr des Rentenbeginns wird ein unterschiedlicher Anteil der während eines Kalenderjahres ausgezahlten Rentenbeträge für die Besteuerung herangezogen. Es gelten folgende Besteuerungsanteile:

Rentenbeginn	Anteil der Besteuerung	Rentenbeginn	Anteil der Besteuerung	Rentenbeginn	Rentenbeginn
2005	50%	2017	74%	2029	89%
2006	52%	2018	76%	2030	90%
2007	54%	2019	78%	2031	91%
2008	56%	2020	80%	2032	92%
2009	58%	2021	81%	2033	93%
2010	60%	2022	82%	2034	94%
2011	62%	2023	83%	2035	95%
2012	64%	2024	84%	2036	96%
2013	66%	2025	85%	2037	97%
2014	68%	2026	86%	2038	98%
2015	70%	2027	87%	2039	99%
2016	72%	2028	88%	ab 2040	100%

Die Höhe der zu entrichtenden Einkommensteuer ist vom individuellen Steuersatz des Steuerpflichtigen abhängig.

Regelmässige Anpassungen des Jahresbetrags der Rente werden mit dem gleichen Besteuerungsanteil wie bei Rentenbeginn bei der Berechnung der Einkommensteuer berücksichtigt.

Hinterbliebenenrenten, die aufgrund des Todes des Versicherungsnehmers ausgezahlt werden, unterliegen den gleichen Regeln der Besteuerung wie die Leibrente.

B. VERSICHERUNGSSTEUER

Beiträge zur fondsgebundenen Basisrente sind von der Versicherungssteuer befreit.

Diese allgemeine 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. Abschluss- und Einrichtungskosten

Die Belastung der Abschluss- und Einrichtungskosten erfolgt gemäß § 23 der Versicherungsbedingungen.

B. Laufende Verwaltungskosten

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

C. Risikoprämien

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 dem Fonds "S&P Balanced Alpha Protect 80 Dachfonds" erläutert. Hierbei wird eine männliche versicherte Person mit Eintrittsalter 35 Jahre, ein Monatsbeitrag von EUR 100, eine Beitragszahlungsdauer von 30 Jahren, eine Aufschubzeit von 30 Jahren und ein Vertrag ohne zusätzliche Todesfallleistung unterstellt:

Jahr	Bezahlte Beiträge	Fondsguthaben bei einer Nettoperformance der gewählten Fonds von	
		3%	8%
1	1'200	831	836
2	2'400	1'521	1'541
3	3'600	2'051	2'097
25	30'000	38'710	74'167
30	36'000	52'189	118'688

I, J 67

Diese Zahlen ergeben eine hypothetische Beitragsrendite und eine Renditereduktion nach 30 Jahren von:

	3%	8%
Beitragsrendite nach 30 Jahren	2.36%	7.05%
Renditereduktion durch Kosten	0.64%	0.95%

Die folgende Tabelle stellt denselben Zusammenhang zwischen der angenommenen Nettoperformance der zugrundeliegenden Fonds und der Kundenrendite für verschiedene Eintrittsalter/Aufschubzeiten/Beitragszahlungsdauern dar:

Eintrittsalter	Beitragszahlungsdauer	Aufschubzeit	Renditereduktion bei einer Nettoperformance der gewählten Fonds von	
			3%	8%
20	45	45	0.29%	0.60%
25	40	40	0.45%	0.80%
30	35	35	0.55%	0.87%
35	30	30	0.64%	0.95%
40	25	25	0.82%	1.11%
45	20	20	1.08%	1.36%
50	15	15	1.52%	1.79%

I, J 67

Bitte beachten Sie die folgenden wichtigen Hinweise:

- Die tatsächliche Höhe der Renditereduktion ist abhängig vom Eintrittsalter und Geschlecht des Versicherten, von der Aufschubzeit, der Beitragszahlungsdauer und der Zahlweise sowie von der tatsächlichen Performance der gewählten Fonds. Bei kürzeren Aufschubzeiten kann die Renditereduktion höher ausfallen als bei den oben genannten Beispielen.
- Die Darstellung geht von einer gleichmäßigen Fondspersformance aus, während diese in der Realität schwankt. Die Höhe dieser angenommenen gleichmäßigen Nettopersformance der zugrundeliegenden Fonds ist eine reine Annahme zur Illustration des Einflusses der Kostenkomponenten. In der Realität kann diese Nettopersformance höher oder tiefer als die dargestellte sein. Die angenommenen Werte sind in keinem Falle garantiert.

- Unter Nettopersformance ist die Performance der zugrundeliegenden Fonds nach Kostenbelastungen durch die Fondsanbieter zu verstehen.
- Unter Renditereduktion durch Kosten ist die Differenz zwischen der angenommenen gleichmäßigen Nettopersformance 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 Grunde erstatten wir Ihnen 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 bzw. es kann sogar eine zusätzliche Kostenbelastung geben.

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 10. Versicherungsjahr voll rückkauf-

fähig. Die PrismaLife garantiert nicht, dass die Abschlusskosten vollständig an Sie zurückerstattet werden, die Erstattungen sind u. A. von der Fondspersormance abhängig. Durch Ihre Vertragstreue haben Sie jedoch die Möglichkeit, die Abschlusskosten zu minimieren.

In der folgenden Tabelle wollen wir Ihnen beispielhaft eine Investition in den Fonds „S&P Balanced Alpha Protect 80 Dachfonds“ für verschiedene Alter-Laufzeit Kombinationen darstellen. Dort sehen Sie, zu welchem Zeitpunkt bei einer unterstellten Nettoperformance von 3% bzw. 8% die vollen Abschlusskosten an Sie zurückfließen bzw. welchen Wert der Ihrer Police dann zugewiesene Treuefonds bei der unterstellten Nettoperformance des „S&P Balanced Alpha Protect 80 Dachfonds“ zum Alter 67 erreicht.

Eintrittsalter	In die Beiträge einkalkulierte Abschlusskosten	Abschlusskosten bei sofortiger Tilgung EUR	Versicherungsjahr, in dem der Wert des Treuefonds die Abschlusskosten übersteigt bei einer Nettoperformance des Fonds		Wert des Treuefonds zum Ende der Aufschubzeit bei einer Nettoperformance des Fonds EUR	
			von 3%	von 8%	von 3%	von 8%
20	47	2'359	Jahr 27	Jahr 22	14'368	71'545
25	42	2'359	Jahr 27	Jahr 22	10'005	40'709
30	37	2'182	Jahr 26	Jahr 21	6'910	23'384
35	32	1'887	Jahr 24	Jahr 20	4'675	13'314
40	27	1'500	Jahr 22	Jahr 18	3'034	7'254
45	22	1'222	Jahr 20	Jahr 17	1'826	3'694
50	17	921	Jahr 17	Jahr 15	990	1'691

Erläuterung: Dieser Tabelle liegen Musterrechnungen mit einem Monatsbeitrag von 100 € zugrunde. Die tatsächlichen Werte sind u.a. von der Fondspersormance abhängig. Die tatsächlichen Performancesätze können höher oder geringer als in der Musterrechnung ausfallen. Die Tabelle hat daher lediglich einen illustrierenden 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 Versicherungsgemeinschaft 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 Interessensabwägung 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 Treu 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 Versicherungs-

vertrag 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 Schadenbeurteilung 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 Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch 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 Forderungübergang) 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 Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband, Auskunftsteien bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hin-

weissysteme.

Solche Hinweissysteme gibt es u.a. beim Verband der Lebensversicherungsunternehmen. 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, Immobili-

en) 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. 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 Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammen-

arbeit 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.

Bedingungen für die Fondsgebundene BasisRente

Sehr geehrter Kunde!

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

§ 1 WAS IST VERSICHERT?

(1) Die Fondsgebundene BasisRente ist eine Versicherung mit einer lebenslangen Rentenzahlung nach Ablauf der Aufschubzeit ab Vollendung des 60. Lebensjahres, mit Todesfallleistung bei Tod vor Ablauf der Aufschubzeit in Form einer Hinterbliebenenrente und - sofern vereinbart - Beitragsbefreiung im Fall der Berufsunfähigkeit. Ein Recht auf Kapitalabfindung anstelle der Rentenzahlung besteht nicht. Zusätzlich können Sie bei Rentenbeginn auch eine Hinterbliebenenrentenzusatzversicherung nach den dann gültigen Tarifen einschließen.

(2) Vor Ablauf der Aufschubzeit ist die Fondsgebundene BasisRente unmittelbar an der Wertentwicklung eines oder mehrerer von Ihnen 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) Erleben Sie den Ablauf der vereinbarten Aufschubzeit, zahlen wir Ihnen – vorbehaltlich von Abs. 6 – eine lebenslange Rente (vgl. § 2) als Geldleistung. Haben Sie das 60. Lebensjahr vollendet, können Sie auch vor Ablauf der vereinbarten Aufschubzeit die Umwandlung des Deckungskapitals abzüglich des Abschluss- und Einrichtungskostenfonds (vgl. § 23 Abs. 2) in eine lebenslange Rente verlangen. (vgl. §§ 14 und 15 Abs. 5).

(5) Stirbt die versicherte Person nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre aber vor dem Ende der vorgesehenen Aufschubzeit, beträgt unsere Leistung 110 % des Geldwerts des Deckungskapitals abzüglich des Abschluss- und Einrichtungskostenfonds einen Tag nach Eingang der schriftlichen Meldung des Todesfalls der versicherten Person durch die Hinterbliebenen oder eine andere berechtigte Person, mindestens aber die gewählte Todesfallsumme. Die Todesfallsumme kann als Prozentsatz der Beitragssumme oder als EUR-Betrag gewählt werden. Stirbt die versicherte Person in den ersten drei Versicherungsjahren, entspricht die Todesfallleistung der Summe der bezahlten Beiträge. Falls Sie eine Versicherung mit einer Todesfallsumme von EUR 0 gewählt haben, beträgt die Todesfallleistung auch in den ersten drei Versicherungsjahren 110 % des Deckungskapitals abzüglich des Abschluss- und Einrichtungskostenfonds (vgl. § 23 Abs. 2).

(6) Die Todesfallleistung wird in Form einer

Leibrente an die Bezugsberechtigten (vgl. § 22) erbracht, es sei denn, die berechnete monatliche Rente unterschreitet die Kleinbetragsrente gemäß § 93 Abs. 3 Satz 2 und 3 EStG. In diesem Fall wird anstelle einer Rente einmalig die Todesfallleistung ausbezahlt.

(7) Der für die Höhe der Todesfallleistung anzurechnende Geldwert des Deckungskapitals abzüglich des Abschluss- und Einrichtungskostenfonds bestimmt sich durch Multiplikation der am Tag des Eingangs der Todesfallmeldung bestehenden Anzahl der Anteile der Anlagestöcke mit dem an diesem Tag für die Rückgabe von Anteilen gültigen Rücknahmekurs des jeweiligen Fonds. Einzelne Fonds können zusätzliche Abzüge bei der Entnahme aus dem betreffenden Anlagestock verlangen. Diese sind in den Fondsinformationen aufgeführt.

(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, 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 65. Lebensjahres.

§ 2 WELCHE BESTIMMUNGEN GELTEN FÜR DIE LEBENSLANGERENTE?

(1) Ab Rentenbeginn wird eine monatliche lebenslange Rente ohne Rentengarantiezeit erbracht. Der Beginn der Rentenzahlung hat steuerliche Auswirkungen (vgl. Allgemeine Angaben über die Steuerregelung).

(2) Sie bestimmen bei Rentenbeginn die Anlageform des zum Zeitpunkt des Rentenbeginns vorhandenen Fondsvermögens. Dabei haben Sie die freie Wahl zwischen einer garantierten Rente mit Überschussbeteiligung und einer Fondsgebundenen Rente nach den zu Rentenbeginn gültigen Rententariifen.

(3) Die Höhe der lebenslangen Rente ergibt sich aus dem Geldwert des am Ende der Aufschubzeit vorhandenen rückkaufsfähigen Deckungskapitals und den an diesem Tag für unsere Rentenprodukte gültigen Rentenfaktoren. Der Rentenfaktor für Ihren Versicherungsvertrag wird auf Basis Ihres Geschlechts und Alters bei Rentenbeginn bestimmt. Den garantierten Rentenfaktor für Ihren Versicherungsvertrag, der sich aus der Sterbetafel (70 % DAV 2004R) 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 Anla-

gestöcke höher sein wird als bei einer weniger guten Entwicklung.

(4) Unterschreitet die am Ende der Aufschubzeit berechnete Rente die Kleinbetragsrente gemäß § 93 Abs. 3 Satz 2 und 3 EStG, wird anstelle der Rente der Geldwert des Deckungskapitals zu diesem Zeitpunkt in Form einer einmaligen Kapitalabfindung ausbezahlt.

§ 3 WANN BEGINNT IHR

VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins bestätigt haben. Vor dem in der Versicherungspolice angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

§ 4 KÖNNEN SIE DEN VERSICHERUNGSVERTRAG WIDERRUFEN?

Sie können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Ihre Vertragserklärung widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der PrismaLife AG zu erklären (Kontaktdaten: PrismaLife AG, Industriestraße 56, FL – 9491 Ruggell, Fax: 00423/237 00 09, E-Mail: info@prismalife.com) und muss keine Begründung enthalten. Die Frist beginnt erst nach Erhalt in Textform der Versicherungspolice, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen 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 zu laufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Stattdessen zahlen wir den Rückkaufswert. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

§ 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

gen oder Beschwerden.

(2) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir bei arglistiger und bei vorsätzlicher Anzeigepflichtverletzung binnen 10 Jahren und bei grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung binnen 3 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 3 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 von der Anzeigepflichtverletzung unter Angabe der entsprechenden Gründe schriftlich geltend machen. Die Kenntnis eines Versicherungsvermittlers steht unserer Kenntnis nicht gleich. 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.

(3) Wir verzichten auf das Recht, die Prämie zu erhöhen, wenn die Ihnen obliegende Anzeigepflicht bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung oder im Rahmen unserer Nachfrage verletzt worden ist, Ihnen dabei ein Verschulden aber nicht zur Last fällt.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst oder gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen wird.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Dreijahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

(6) Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlen wir den Geldwert des Deckungskapitals abzüglich Abschluss- und Einrichtungskostenfonds (vgl. § 23 Abs. 2) zum Zeitpunkt der Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung ggf. vermindert um ausstehende Forderungen (z.B. rückständige Beiträge, Gebühren). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(7) Nach Ihrem Ableben gelten die Hinterbliebenen (vgl. § 22) als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist ein Hinterbliebener nicht vorhanden oder können wir seinen Aufenthalt nicht ermitteln, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 6 WIE VERWENDEN WIR IHRE BEITRÄGE UND DAS DECKUNGSKAPITAL?

(1) Von Ihren Beiträgen behalten wir Beitragsanteile ein, die zur Finanzierung der laufenden Verwaltungskosten (vgl. Gebührentabelle) sowie in den ersten Vertragsjahren zur Tilgung

unserer Abschluss- und Einrichtungskosten (vgl. § 23) 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 den 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 Verwaltungsaufwandes decken soll, entnehmen wir einmal jährlich zum Ende jedes 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 nach billigem Ermessen des Aktuars.*

(3) Die zur Deckung des Todesfall- und Berufsunfähigkeitsrisikos bestimmten Beträge werden monatlich dem Deckungskapital entnommen. 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 periodische 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 nach billigem Ermessen des Aktuars.*

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

(5) 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 ANTEILSGUTHABEN ÜBERTRAGEN (WECHSEL DER FONDS) UND WELCHE GEBÜHREN WERDEN HIERFÜR ERHOHEN?

(1) Sie haben jederzeit den Anspruch darauf, dass alle zukünftigen Anlagebeiträge in einen oder mehrere andere von uns angebotenen 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 Werktagen nach vollständigem Eingang des Antrages sowie aller sonst erforderlichen

Unterlagen, aber frühestens zum nächstmöglichen Handelstag, der betroffenen Fondsteile 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 der 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 abzüglich Abschluss- und Einrichtungskostenfonds (vgl. § 23 Abs. 2) zur Deckung der Gebühr ausreichend ist.

§ 8 WAS PASSIERT, WENN EIN FONDS GESCHLOSSEN ODER AUS UNSERER AUSWAHL ENTFERNT WIRD?

(1) Die PrismaLife kann auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars und der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders einen Fonds aus dem Angebot ihrer Fondsgebundenen BasisRente 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 diesen 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 der 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.

In diesen Fällen oder wenn ein Fonds von der anbietenden Kapitalgesellschaft geschlossen wird werden Sie von uns schriftlich benachrichtigt.

(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. Diesen Fonds und den Wechsel werden wir Ihnen in unserer Mitteilung benennen. Sollten Sie mit der Wahl des verantwortlichen Aktuars nicht einverstanden sein, können Sie innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung kostenfrei

* Erläuterungen siehe "Informationen zu oft verwendeten Begriffen"

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 dem Ausgabekurs (= 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 BEITRAGSAHZAHUNG ZU BEACHTEN?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Fondsgebundenen Basisrente sind durch laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode zu entrichten. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein.

(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 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) Eine Stundung der Beiträge kann gemäß der Regelung des § 13 Abs. 2 verlangt werden.

(7) Sie können jederzeit einmalige Zuzahlungen zu Ihrer Police leisten. Zuzahlungen werden nach Abzug von Abschluss- und Einrichtungskosten (vgl. § 23 sowie Gebührentabelle) gemäß der von Ihnen gewählten Anlagestrategie in die Anlagestöße investiert. Zuzahlung können ab einer Summe von EUR 250 in beliebiger Höhe vorgenommen werden. Die individuellen steuerlichen Höchstgrenzen für den Sonderausgabenabzug sind zu beachten.

(8) 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 Prozent der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

(2) Ist der einmalige oder erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls 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 Widerrufsrechts 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 vorzeitig kündigen. Die Kündigung wird zehn Arbeitstage nach dem Sie bei uns eingegangen ist wirksam. Eine Bestätigung der Durchführung erhalten Sie nach Ablauf dieser Frist.

(2) Falls Sie Ihren Vertrag vorzeitig kündigen, wandeln wir Ihren Vertrag in eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 13 Abs. 1 um.

(3) Die Rückzahlung der Beiträge kann nicht verlangt werden.

§ 13 WIE KÖNNEN SIE DIE BEITRAGSAHZAHUNG 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 abzüglich Abschluss- und Einrichtungskostenfonds (vgl. § 23 Abs. 2), das zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung in Ihrem Versicherungsvertrag vorhanden ist, um einen angemessenen Abzug in Höhe eines

Prozentsatzes der bisher bezahlten Beiträge reduziert. Die Prozentsätze ergeben sich aus der folgenden Tabelle:

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 periodische Beiträge bezahlt, gibt es keinen Abzug mehr. Für eine Versicherung gegen Einmalbeitrag sowie für Zuzahlungen gilt hierbei ein Prozentsatz von 0,25%. Berücksichtigt werden bei der Berechnung des Abzugs die bis zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung bezahlten Beträge, soweit die Zuzahlungen zu diesem Zeitpunkt nicht länger als 240 Monate zurückliegen. Für Beiträge deren Zahlung zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung mehr als 240 Monate zurückliegt, erfolgt kein Abzug. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem werden noch nicht getilgte Abschlusskosten abgegolten. 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 Beitragsfreistellung. Weitere Abzüge können für einzelne Fonds im Deckungskapital fällig werden (vgl. Fondsinformationen).

Evtl. entstehende Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

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 (vgl. § 1 Abs. 6). Wenn Sie innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung rückwirkend alle offenen Beiträge nachzahlen, können Sie den ursprünglichen Vertragszustand wiederherstellen. Es gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 1.

Eine Beitragsfreistellung oder -reduktion in den ersten Jahren ist durch den Abzug gemäß Abs. 1 mit wirtschaftlichen Nachteilen für Sie verbunden.

Beitragspause / Beitragsstundung

(2) Anstelle der Beitragsfreistellung können Sie verlangen, temporär von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden, bzw. dass wir Ihre Beiträge stunden. Die Beitragspause bzw. die Dauer der Beitragsstundung darf maximal zwölf Monate betragen. Wenn nach Ablauf von zwölf Monaten die Beitragszahlung nicht fortgeführt werden soll, kann der Versicherungsnehmer einen Antrag auf Beitragsfreistellung stellen (Näheres dazu unter Punkt „Beitragsfreistellung“).

Wiederinkraftsetzung/Beendigung der Beitragspause bzw. Beitragsstundung

(3) Sie haben das Recht nach einer Beitragspause ohne erneute Gesundheitsprüfung den Vertrag fortzuführen.

Nach einer ganzen oder teilweisen Beitragsfreistellung von bis zu 12 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

(4) Sie können bei Vertragsabschluss eine planmässige Erhöhung (Zuwachsversicherung) in den Versicherungsvertrag einschliessen. Für diese Zuwachsversicherung gelten die Besonderen Bedingungen für die Zuwachsversicherung.

(5) 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 des § 24.

§ 14 SIE WOLLEN SCHON VOR ABLAUF DER AUFSCHUBZEIT EINEN TEIL IHRES FONDSVERMÖGENS ALS RENTE?

(1) Sie können mit einer Frist von mindestens zwei Monaten im Rahmen der im weiteren Verlauf dieses Paragraphen beschriebenen Bedingungen einen Teil Ihres Deckungskapitals abzüglich des Abschluss- und Einrichtungskostenfonds (vgl. § 23 Abs. 2) schon vor Ablauf der Aufschubzeit in eine Rente umwandeln. Die Umwandlung in eine Rente kann aber nicht vor Vollendung des 60. Lebensjahres erfolgen.

(2) Dieser umgewandelte Teil ist nicht mehr Bestandteil des Deckungskapitals.

(3) Für die Berechnung der Rentenhöhe auf Basis des umzuwandelnden Teils des Deckungskapitals gelten die Bestimmungen von § 1 Abs. 4, 5 und 6 sinngemäss.

(4) Eine Umwandlung wird nur durchgeführt, wenn die berechnete Rente die Kleinbetragsrente gemäß § 93 Abs. 3 Satz 2 und 3 EStG, mindestens aber EUR 25 pro Monat, übersteigt.

Eine Umwandlung eines Teils Ihres Deckungskapitals wird nur dann durchgeführt, wenn die berechnete Rente die Kleinbetragsrente übersteigt und das übrigbleibende Deckungskapital nach Abzug des Abschluss- und Einrichtungskostenfonds (vgl. § 23 Abs. 2) mindestens EUR 2'000 beträgt.

(5) Bei verspätetem Antrag behalten wir uns das Recht vor, die Verrentung 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 für jeweils bis zu 5 Jahre beitragsfrei verlängert wird, sofern die versicherte Person den ursprünglich vereinbarten Ablauftermin erlebt. Bei einer Verlängerung der Aufschubzeit bleibt die Todesfallleistung auf den Eurobetrag der Todesfallleistung zum Verlängerungszeitpunkt (Policierungsdatum) beschränkt.

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 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 haben das Recht, die Aufschubzeit um maximal 40 Jahre zu verkürzen, solange Sie bei Ablauf der neu gewählten Aufschubzeit das 60. Lebensjahr bereits vollendet haben.

§ 16 WAS GILT BEI WEHRDIENST, UNRUHEN, KRIEGO DER 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 Sie in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden haben.

(2) Bei Ihrem Ableben in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich die Todesfallleistung allerdings auf den einen Tag nach Eingang der schriftlichen Todesfallmeldung gültigen Geldwert des rückkaufsfähigen Deckungskapitals. Die Leistung wird gemäß § 1 Abs. 6 als Hinterbliebenenrente ausbezahlt. Die Einschränkung entfällt, wenn Sie in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen sterben, denen Sie während eines Aufenthalts ausserhalb des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz ausgesetzt sind und an denen Sie nicht aktiv teilnehmen.

(3) Bei Ihrem Ableben 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 Absatz 2 Satz 1 genannte Leistung, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 Satz 2 bleibt hiervon unberührt.

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

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

§ 17 WAS GILT BEI SELBSTTÖTUNG DES VERSICHERTEN?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrages oder seit Wiederherstellung der Versicherung 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 rückkaufsfähigen Deckungskapitals (vgl. § 1 Abs. 3) am Tag, nach dem die schriftliche Todesfallmeldung durch eine berechnete Person bei uns eintrifft. Die Erbringung der Todesfallleistung erfolgt gemäß § 1 Abs. 6 als Hinterbliebenenrente.

(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 nach Verrechnung etwaiger ausstehender Forderungen.

(2) Die Leistungen nach Abzug etwaiger Forderungen erbringen wir grundsätzlich als Geldleistung. Die Auszahlung in Form von Wertpapieren ist nicht möglich.

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

(4) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Ausser den in Absatz 3 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.

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

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

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

§ 19 WO SIND DIE VERTRAGLICHEN VERPFLICHTUNGEN ZU ERFÜLLEN?

(1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Bezugsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen ausserhalb des Europäischen Wirtschaftsraums 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 DER VERSICHERUNGSSCHEIN?

Personen, die als Hinterbliebene gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG gelten und im Besitz des Versicherungsscheins sind, können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere die Hinterbliebenenleistungen in Empfang zu nehmen.

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

(1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

(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 wäre.

(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) Bezugsberechtigt im Fall des Erlebens des vereinbarten Rentenzahlungsbeginns sind Sie als Versicherungsnehmer.

(2) Bezugsberechtigt im Fall Ihres Todes vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn sind Ihre Hinterbliebenen. Hinterbliebene in diesem Sinne sind der Ehepartner, mit dem Sie zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls verheiratet waren, und Ihre Kinder, für die Sie Kindergeld erhalten. Genauer wird in § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG beschrieben.

(3) Wenn Sie vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn versterben, und die Hinterbliebenen gemäß Abs. 2 zu diesem Zeitpunkt noch leben, zahlen wir – wenn solche vereinbart sind – eine Witwen-/Witwer- und/oder Waisenrente, die aus der zu diesem Zeitpunkt fälligen Todesfallleistung berechnet wird.

(4) Die Summe der Waisenrenten, sofern vereinbart, an alle Ihre Kinder, für die Sie Kindergeld erhalten, entspricht 100% der Witwen-/Witwerrente. Sie wird im Leistungsfall zu gleichen Teilen auf die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Kinder verteilt. Ist im Leistungsfall kein(e) Witwe/Witwer vorhanden oder keine Witwen-/Witwerrente vereinbart, so ergibt sich die Waisenrente direkt aus der vorhandenen Todesfallleistung. Der Anspruch auf Waisenrente endet mit dem Tod der Waise/n bzw. mit Wegfall der Voraussetzungen des § 32 Abs. 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 EStG längstens jedoch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

(5) Sollten Sie zum Zeitpunkt Ihres Todes vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn keine Hinterbliebenen im Sinne der vorangegangenen Beschreibung haben, verfällt die Todesfallleistung zu Gunsten der Versichertengemeinschaft der Produktgruppe „Fondsgebundene BasisRente“ der PrismaLife.

(6) Die Ansprüche aus dieser Versicherung sind nicht vererblich, nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräusserbar und nicht kapitalisierbar. Sie können sie daher weder abtreten noch verpfänden. Auch die Übertragung der Versicherungsnehmer-eigenschaft ist ausgeschlossen.

§ 23 WIE WERDEN DIE ABSCHLUSS- UND EINRICHTUNGSKOSTEN ERHOBEN UND AUSGEGLICHTEN?

(1) Bei der Errichtung von Versicherungsverträgen, bei jeder Erhöhung des Beitrages und bei jeder Zuzahlung entstehen Kosten. Diese Abschluss- und Einrichtungskosten (vgl. Gebührentabelle) sind bereits nach einem international anerkannten versicherungsmathematischen Verfahren bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Bei diesem versicherungsmathematischen Verfahren werden Teile der Beiträge der ersten Versicherungsjahre nach Abschluss des Vertrages bzw. nach Beitragserhöhung in einen von der PrismaLife ausgewählten Fonds investiert, das einen separaten Anlagestock (Abschluss- und Einrichtungskostenfonds) bildet. Aus diesem Anlagestock werden die auf Ihren Vertrag entfallenden Abschluss- und Einrichtungskosten über

einen Zeitraum von maximal acht Jahren getilgt. Der Barwert der Tilgungsbeiträge ist auf den in der Gebührentabelle genannten Prozentsatz der von Ihnen während der gesamten Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Anteile dieses separaten Anlagestock gemäß Abs. 2 werden auf das Deckungskapital Ihrer Versicherung angerechnet. Bei Ablauf der Tilgungszeit wird der separate Anlagestock aufgelöst und etwaige noch vorhandene Anteile gemäß der Anlagestrategie auf die anderen Anlagestöcke umgeschichtet. Stellen Sie Ihren Vertrag beitragsfrei, bevor die Tilgungszeit abgelaufen ist, verfallen die dem Abschluss- und Einrichtungskostenfonds gutgeschriebenen Anteile zu Gunsten der PrismaLife. Anteile am Anlagestock des Abschluss- und Einrichtungskostenfonds können nicht in andere Anlagestöcke übertragen werden (vgl. § 7 Abs.2) noch können die Anteile in eine Rente umgewandelt werden.

Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung das übrigbleibende Deckungskapital nach einer Beitragsfreistellung gering ist.

§ 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 rückkaufsfähigen 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 nach billigem Ermessen des Aktuars.*

§ 25 WIE KÖNNEN SIE DEN WERT IHRER VERSICHERUNG ERFAHREN?

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

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

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

Die Entnahme von Kosten und Risikoprämie aus dem rückkaufsfähigen Deckungskapital kann dazu führen, dass das rückkaufsfähige 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 Verwaltungsvergütungen aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten, die die PrismaLife

erhält (siehe Fondsinformationen), wird jährlich in einen von der PrismaLife festgelegten Treuefonds investiert. Der Treuefonds ist Bestandteil des rückkaufsfähigen Deckungskapitals und wird somit in der Todesfallleistung (vgl. § 1 Abs. 5) berücksichtigt. Anteile aus dem Treuefonds können nicht in andere Anlagestöcke übertragen werden (vgl. § 7 Abs. 2).

§ 28 WELCHES RECHT FINDET AUF IHREN VERTRAG ANWENDUNG?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 29 WO IST DER RICHTSSTAND?

(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 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 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 die beitragsfreie Versicherung (vgl. § 13 Abs. 1 bis 3) und die Abschluss- und Einrichtungskosten (vgl. § 23) sowie die Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung 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.

* Erläuterungen siehe "Informationen zu oft verwendeten Begriffen"

Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsdeckung

Für die Fondsgebundene BasisRente 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 eingetretenen 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 65. 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 65. 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 Punktetabelle 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 Punktetabelle 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 Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt 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 BERUFUNFÄHIGKEIT VERLANGT WERDEN?

(1) Zum Nachweis des Versicherungsfalles 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 besteht, 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 BERUFUNFÄHIGKEIT?

(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 BERUFUNFÄHIGKEIT?

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 Verhältnis 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.

Bedingungen für die Zuwachsversicherung (Dynamik)

Für die fondsgebundene Basisrente 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.

§ 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 findet auch der Paragraph „Wie werden die Abschluss- und Einrichtungskosten erhoben und ausgeglichen?“ der Allgemeinen Bedingungen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Paragraphen „Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?“ und „Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?“ der Allgemeinen Bedingungen 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 das Ablaufmanagement

§ 1 WOZU DIEN T 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 jährlichen Umschichtung von Investmentfonds-Anteilen. Eine Bewertung der jeweiligen Situation am Kapitalmarkt ist mit dem Ablaufmanagement nicht verbunden.

§ 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“ 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 2 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“ durch die Anzahl der verbleibenden Monate bis zum 65. 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 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 ANGEPAST WERDEN?

Wir werden Sie – unabhängig davon, ob Sie bei Vertragsabschluss das Ablaufmanagement gewählt haben – 3 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 2 Jahre beträgt.

Wenn das Ablaufmanagement gestartet wurde, kann es zu jedem Zeitpunkt mit einer Frist von 5 Arbeitstagen zum nächsten Monatsersten abgebrochen und anschließend ebenfalls mit einer Frist von 5 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 65. Geburtstag des Versicherten mit einer Frist von mindestens 5 Arbeitstagen zum nächsten Monatsersten mit uns vereinbaren.

Anhang zur Beitragsfreistellung Ihrer Fondsgebundenen BasisRente

Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um ein Produkt, bei dem die Erlebensfalleistung von der Wertentwicklung von Fonds abhängt. Für den Todesfall garantieren wir jedoch eine Mindestleistung, solange der Fondswert 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 die Beitragszahlung nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Beitragsfreistellung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern, die den Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen, 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 Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden (vgl. § 13 Abs. 1). In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist durch die Tilgung der Abschluss- und Einrichtungskosten (vgl. § 23) der angesammelte Fondswert Ihres Versicherungsvertrages in den ersten Jahren geringer als die Summe der bezahlten Beiträge.

Der Rückkaufwert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Er entspricht dem Deckungskapital Ihrer Versicherung gemäß § 13 Abs. 1 der Bedingungen für die Fondsgebundene BasisRente, 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 Beitragsfreistellung kein Nachteil entsteht.

Wir kalkulieren im Übrigen so, dass alle Beiträge 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 Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Beitragsfreistellung 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.

Gebührentabelle Fondsgebundene BasisRente (Stand Januar 2009)

Als Transaktionskosten werden je nach 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	Beitragserhöhung ohne Risikoprüfung	10
12 Switches pro Kalenderjahr	kostenlos	Beitragserhöhung 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
Änderung der Adressen (inkl. Namensänderung)	5	Rückläufer beim Lastschriftverfahren	5
Änderung des Kontos	5	Mahnung	10
Änderung der Ratenzahlung	5	Wiederinkraftsetzen	20
Änderung der Dynamik	5	Ausstellen einer Ersatzpolice	20
Änderung der Aufschubzeit	20	Zuzahlung	10

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

Gemäß § 6 und § 23 der Bedingungen für die Fondsgebundene BasisRente werden Ihrem Versicherungsvertrag folgende Kosten belastet:

1. Verwaltungskosten
 - Jährliche fixe Verwaltungsgebühr EUR 30
 - Laufende Verwaltungskosten 2% jedes bezahlten Beitrages ab dem zweiten Versicherungsjahr
 - Barwert der Einrichtungskosten 3 % der Beitragssumme
 - Barwert der Abschlusskosten 4 % der Beitragssumme
2. Kosten bei Zuzahlung
 - Barwert der Einrichtungskosten 3 % der Beitragssumme
 - Barwert der Abschlusskosten 4 % der Beitragssumme
3. Einmalige Policengebühr EUR 25 zzgl. Risikoprüfungsgebühr
4. Ausgabekommission (§ 9) derzeit keine, wenn nicht gesondert in den Fondsinformationen aufgeführt
5. Rücknahmekommission (§ 9) in der Regel keine, einzelne Fonds ja (siehe Fondsinformationen)

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 periodische 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 2004R und den derzeit gültigen Rechnungszins in Höhe von 2.25 % p.a. zugrunde.

Billiges Ermessen

Billiges Ermessen meint den Entscheidungsspielraum, welcher eine der Vertragsparteien unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen zusteht. In Bezug auf die Ihnen vorliegenden Verbraucherinformationen und Bedingungen der Fondsgebundenen Rentenversicherung bedeutet "billiges Ermessen": Eine Erhöhung unterliegt nicht der Willkür, sondern den rein notwendigen mathematischen Kalkulationsfaktoren, um eine Gefahr für die Versicherungsgemeinschaft der PrismaLife AG und der PrismaLife AG selbst abzuwenden. Sie können eine Erhöhung, die von uns aufgrund von billigem Ermessen vorgenommen wurde, gerichtlich überprüfen lassen.