Versicherungsbedingungen

GENERATION private plus

Stand **Januar 2024**

Mein Leben.
Besser versichert.

canada life™

Inhalt

§ 1 Was ist Ihr GENERATION private plus von Canada Life? Welche Leistungen erbringen wir? ... 1

1 GENERATION private plus ... 1
2 Vertragsarten ... 1
3 Versicherte Person und Versicherungsnehmer ... 1
4 Leistung zum Rentenbeginn ... 1
5 Tod vor Rentenbeginn ... 1
6 Tod nach Rentenbeginn ... 1
7 Zusatzoptionen ... 1
8 Informationen über den Wert Ihrer Anteile ... 2

§ 2 Wann beginnt und endet Ihr GENERATION private plus? ... 2

1 Beginn des Versicherungsschutzes ... 2
2 Wartezeiten ... 2
3 Ende des Versicherungsschutzes ... 2
4 Versicherungsjahr ... 3

§ 3 Welche Bedeutung haben die von uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung oder die im Rahmen der Risikoprüfung gestellten Fragen? Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten? ... 3

1 Wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen ... 3
2 Unser Rücktrittsrecht ... 3
3 Kündigung ... 3
4 Rückwirkende Vertragsanpassung ... 3
5 Ausübung unserer Rechte ... 3
6 Anfechtung ... 3
7 Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung ... 4
8 Erklärungsempfänger ... 4

§ 4 Was leisten wir mit Erreichen des aktuellen Rentenbeginns? Welche Möglichkeiten haben Sie? ... 4

1 Zahlung einer Rente aufgrund Ihres Rentenvermögens ... 4
2 Grundlagen für die Berechnung der Rente ... 4
3 Anzuwendender Rentenfaktor ... 4
4 Garantierter Rentenfaktor ... 4
5 Zahlungsweise und Mindestrente ... 4
6 Abfindung der Rente ... 4
7 Rentenzahlungsdauer der Rente nach Beginn der Rentenzahlung ... 4
8 Rentenarten ... 4
9 Fristen für die Wahl der Rentenart ... 5
10 Kapitalleistung ... 6

§ 5 Wann ist Ihr Rentenbeginn? Können Sie ihn verlegen? ... 6

1 Ursprünglicher Rentenbeginn ... 6
2 Vorgezogener Rentenbeginn ... 6
3 Folgen des vorgezogenen Rentenbeginns ... 6
4 Hinausgeschobener Rentenbeginn ... 6
5 Folgen des hinausgeschobenen Rentenbeginns ... 6
6 Aktueller Rentenbeginn ... 6

§ 6 Was geschieht im Fall des Todes vor Rentenbeginn? ... 6

§ 7 Welche Zusatzoptionen können Sie bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung vereinbaren und welche Leistungen können Sie hieraus beanspruchen? ... 7

1 Mögliche Zusatzoptionen bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung ... 7
2 Risikobeiträge für vereinbarte Zusatzoptionen ... 8
3 Können Sie Zusatzoptionen auch noch während der Aufschubzeit ein- oder ausschließen? ... 8

§ 8 Welche Risikoausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es insbesondere bei den Zusatzoptionen? ... 8

1 Allgemeine Ausschlüsse ... 8
2 Besondere Ausschlüsse für die Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten ... 9
3 Besondere Ausschlüsse für die Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit ... 9

§ 9 In welche Fonds können Sie investieren? Wie erfolgt die Anlage? Wie werden die Fonds verwaltet? Wie werden die Fonds angelegt? ... 9

1 Fonds ... 9
2 Fondsverwaltung ... 9
3 Anlagegrundsätze ... 10
4 Kosten und Aufwendungen, die innerhalb der Fonds anfallen ... 10

§ 10 Können die Fonds geändert werden? ... 10

1 Canada Life-Fonds ... 10
2 Publikumsfonds ... 10
3 Allgemein ... 11

§ 11 Wie werden für Ihre Beiträge Anteile zugeteilt? ... 11

1 Grundprinzipien für die Berechnung der Zuteilung ... 11
2 Zuteilungssätze bei Verträgen mit laufenden Beiträgen ... 11
3 Zuteilungssätze für außerplanmäßige Beitragserhöhungen ... 12
4 Zuteilungssätze für planmäßige Beitragserhöhungen und Beitragserhöhungen während der Startphase ... 12
5 Zuteilungssätze nach Beitragsreduzierungen ... 12
6 Zuteilungssätze für Einmalbeiträge oder Zuzahlungen ... 12

§ 12 Welcher Kurs wird für die Zuteilung und Auflösung von Anteilen verwendet? ... 12

§ 13 Wie wird der Fondswert von Canada Life-Fonds ermittelt? ... 13

1 Ermittlung des Fondswertes ... 13
2 Basis für die Berechnung ... 13
3 Berechnung des zugrunde liegenden Vermögens ... 13

§ 14 Was ist Ihr Anteilguthaben? Wie wird der Wert Ihres Anteilguthabens berechnet? ... 13

§ 15 Welche Stichtage sind für die Berechnung des Ausgabe- und des Rücknahmekurses maßgeblich? ... 13

1 Stichtag für die Zuteilung der Anteile ... 13
2 Stichtag für die Auflösung der Anteile ... 13

§ 16 Wie können Sie Ihre Fondsauswahl oder die Beitragsaufteilung ändern? Können Sie statt des Automatischen Portfolio Managements eine andere Fondsauswahl treffen? ... 14

1 Fondswechsel ... 14
2 Änderung der Beitragsaufteilung ... 14
3 Automatisches Portfolio Management (APM) ... 14

§ 17 Wann kommen Sie in den Genuss eines Treuebonus? ... 14

1 Wesen der Treueboni ... 14
2 Stichtag für Zuteilung und Höhe des Treuebonus bei laufenden Beiträgen ... 14
3 Stichtag für Zuteilung und Höhe des Treuebonus bei Verträgen gegen Einmalbeitrag ... 15

§ 18 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? ... 16

1 Einlösungsbeitrag, Folgebeiträge, ursprüngliche Beitragszahlungsdauer ... 16
2 Beitragszahlungsweise ... 16
3 Nichtzahlung des Einlösungsbeitrags ... 16
4 Nichtzahlung der Folgebeiträge ... 16
5 Lastschrifteinzug und Folgen der Nichteinlösung ... 16

§ 19 Welche Regelungen gelten im Fall der Vereinbarung von planmäßigen Erhöhungen laufender Beiträge? ... 16

1 Optionen zur Vereinbarung einer planmäßigen Erhöhung ... 16
2 Wie wirkt sich eine planmäßige Erhöhung der Beiträge auf vereinbarte Zusatzoption aus? ... 16
3 Widerspruch gegen planmäßige Erhöhung ... 17
4 Ende der planmäßigen Erhöhung ... 17

§ 20 Können bei einem GENERATION private plus weitere Einmalbeiträge (Zuzahlungen) gezahlt werden? ... 17

1 Zuzahlungen ... 17
2 Mindestbeitrag für Zuzahlungen ... 17
3 Höchstbeitrag für Zuzahlungen ... 17

§ 21 In welchem Umfang können bei Ihrem GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen die Beitragshöhe, die Zahlungsweise und die Beitragszahlungsdauer geändert werden? ... 18

1 Änderung der Beitragshöhe bei laufender Beitragszahlung ... 18
2 Änderung der Beitragshöhe bei planmäßigen Erhöhungen laufender Beiträge ... 18
3 Änderung der Zahlungsweise ... 18
4 Änderung der Beitragszahlungsdauer, aktuelle Beitragszahlungsdauer ... 18
5 Fristen für Änderungen ... 19

§ 22 Was gilt, wenn Sie die Startoption vereinbart haben? ... 19

§ 23 Können Sie Ihren GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen beitragsfrei stellen? ... 19

1 Voraussetzungen für die Beitragsfreistellung ... 19
2 Wirkungen der Beitragsfreistellung ... 19
3 Wiederaufnahme der Beitragszahlung ... 20

§ 24 Welche Möglichkeiten haben Sie bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten? ... 20

1 Voraussetzungen ... 20
2 Befristete Beitragsfreistellung und befristete Beitragsreduzierung ... 20
3 Beitragsstundung ... 22

§ 25 Können Sie Ihren GENERATION private plus kündigen? Welche Rechtsfolgen hat eine Kündigung? ... 22

1 Vollständige und teilweise Kündigung ... 22
2 Nachteile der Kündigung ... 22
3 Rückkaufswert ... 22

§ 26 Was gilt, wenn Sie das Automatische Ablaufmanagement vereinbart haben? ... 23

1 Wie funktioniert das Automatische Ablaufmanagement? ... 23
2 Welche Regelungen gelten nach der Umschichtung? ... 23
3 Was sollten Sie bei der Wahl des Automatischen Ablaufmanagements beachten? ... 23
4 Wann endet das Automatische Ablaufmanagement? ... 23

§ 27 Welche Kosten und Gebühren fallen für Ihren GENERATION private plus an? ... 23

1 Abschluss- und Vertriebskosten ... 23
2 Monatliche Verwaltungsgebühr ... 23
3 Fixkosten bei Verträgen mit laufenden Beiträgen ... 24
4 Garantiegebühr für Ihre Anlage im GENERATION UWP-Fonds III ... 24
5 Vertragsbetreuungsgebühr ... 24
6 Fondsverwaltungsgebühr ... 24
7 Fondswechsel ... 24
8 Kosten im Zusammenhang mit Beitragszahlungen ... 24
9 Auswirkungen der Treueboni auf die Kosten Ihres Vertrags ... 25
10 Besonderheiten bei Wahl des GENERATION UWP-Fonds III ... 25

§ 28 Sind Sie an Überschüssen beteiligt? ... 25

§ 29 Wann werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den GENERATION private plus betreffen, wirksam?
Welche Formvorschriften gelten?
Wem gegenüber können sie abgegeben werden?
Welche Auskunftspflichten haben Sie? ... 25

§ 30 Welches Recht findet auf Ihren GENERATION private plus Anwendung? ... 25

§ 31 Was ist zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden und diese erbracht werden? ... 25

1 Anzeige des Versicherungsfalls ... 25
2 Leistungsempfänger ... 25
3 Leistungsnachweise und Mitteilungspflichten ... 25

§ 32 Verjährung ... 27

§ 33 Wo ist der Gerichtsstand? ... 27

1 Ansprüche gegen Canada Life ... 27
2 Ansprüche gegen den Versicherungsnehmer ... 27
3 Allgemein ... 27

§ 34 Können die Versicherungsbedingungen von uns angepasst werden? ... 27

§ 35 Können wir die Gebühren für die Garantien ändern? ... 28

§ 36 Welche Abgaben sind zu berücksichtigen? ... 28

§ 37 Welche Schlichtungsstelle gibt es? ... 28

§ 38 Übersicht der Definitionen ... 29

ANLAGE A
BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE ZUSATZOPTION LEISTUNG
BEI BESTIMMTEN SCHWEREN KRANKHEITEN ... 30

§ 1 Was ist versichert? ... 30

§ 2 Wann entsteht der Anspruch auf die versicherte Leistung? ... 30

§ 3 Welcher Anspruch besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung einer schweren Krankheit stirbt? ... 31

§ 4 In welchem Umfang reduziert sich die versicherte Leistung nach einem ersten Versicherungsfall? In welchem Umfang besteht Versicherungsschutz für einen zweiten Versicherungsfall? 31

§ 5 Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder? 31

§ 6 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz? Welche Wartezeiten bestehen? 32

§ 7 Wann können Sie den Versicherungsschutz aus der Zusatzoption ohne erneute Risikoprüfung verlängern (Verlängerungsoption)? 32

§ 8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz für die Zusatzoption ausgeschlossen? 33

§ 9 Müssen Sie uns eine nachträgliche Erhöhung des Risikos mitteilen? 34

§ 10 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten erhöhen? 34

§ 11 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten? 34

§ 12 Wie ist das Verhältnis zu Ihrem GENERATION private plus? 34

§ 13 Keine Überschussbeteiligung 35

§ 14 Definitionen der versicherten bestimmten schweren Krankheiten 35

ANLAGE B
BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE ZUSATZOPTIONEN BERUFSUNFÄHIGKEITSRENTE UND BEITRAGSBEFREIUNG BEI BERUFSUNFÄHIGKEIT 54

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir im Fall der Berufsunfähigkeit? Wann entsteht und endet der Anspruch? 54

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? 55

§ 3 Wann liegt Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor? 57

§ 4 Wann liegt Berufsunfähigkeit wegen Erwerbsunfähigkeit vor? 57

§ 5 Welche Leistungen erbringen wir bei Einstellung von Krankentage- bzw. Krankengeldzahlungen (Überbrückungshilfe) bei der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente? 58

§ 6 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz aus der Zusatzoption? 58

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz für die Zusatzoption ausgeschlossen? 59

§ 8 Müssen Sie uns eine nachträgliche Erhöhung des Risikos mitteilen? ... 59

§ 9 Was gilt, wenn Sie eine planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente mit uns vereinbart haben? ... 59

A) Regelungen für die planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente vor dem Versicherungsfall bei Verträgen mit laufenden Beiträgen ... 59
B) Regelungen für die planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt des Versicherungsfalls ... 60

§ 10 Was gilt, wenn Sie die Dynamik der Beitragsbefreiung nach dem Versicherungsfall bei Verträgen mit laufenden Beiträgen mit uns vereinbart haben? ... 60

§ 11 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz für die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente erhöhen? ... 61

A) Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung (Nachversicherungsgarantie) ... 61
B) Erhöhung des Versicherungsschutzes in sonstigen Fällen ... 62

§ 12 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung aufgrund einer Berufsunfähigkeit erhalten möchten? ... 62

§ 13 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? ... 63

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit und in welchen Fällen zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe? ... 63

§ 15 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit? ... 63

§ 16 Mögliche Beitragsstundung während der Versicherungsfallprüfung ... 64

§ 17 Wie ist das Verhältnis zu Ihrem GENERATION private plus? ... 64

§ 18 Wechseloption in eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ... 65

§ 19 Keine Überschussbeteiligung ... 65

ANLAGE C
GENERATION UWP-Fonds III ... 66

§ 1 Unter welchen Bedingungen können Sie eine Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III wählen? ... 66

1 Beitragsaufteilung und Umschichtungen ... 66
2 Zuzahlungen ... 66
3 Erhöhung des Beitrags bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung ... 66
4 Änderungen ... 66
5 Weitere Einschränkungen für Investitionen in den GENERATION UWP-Fonds III ... 66

§ 2 Was ist der GENERATION UWP-Fonds III? Wie sind Sie an ihm beteiligt? ... 67

1 Die Anlagegrundsätze des GENERATION UWP-Fonds III ... 67
2 Wie sind Sie am GENERATION UWP-Fonds III beteiligt? ... 67

§ 3 Welche Garantien hat der GENERATION UWP-Fonds III ... 67

1 Garantien beim GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen ... 67
2 Garantien beim GENERATION private plus mit Einmalbeiträgen ... 68

§ 4 Was ist der geglättete Wert Ihres Anteilguthabens? 68

1 Geglättetes Anteilguthaben und geglätteter Wertzuwachs des GENERATION UWP-Fonds III 68
2 Wert der geglätteten Anteile am GENERATION UWP-Fonds III 68
3 Ermittlung des Wertes des geglätteten Anteilguthabens 68
4 Wert des geglätteten Anteilguthabens 68

**§ 5 Wie wird der Fondswert des GENERATION UWP-Fonds III berechnet?
Wie wird der tatsächliche Wert des Anteilguthabens berechnet? 69**

1 Fondswert des GENERATION UWP-Fonds III 69
2 Der tatsächliche Wert Ihres UWP-Anteilguthabens 69

**§ 6 Welche Bedeutung hat die Wertangleichung für Ihr UWP-Anteilguthaben?
Was ist der Schlussbonus?
Was ist der UWP-Wert? 69**

1 Wesen der Wertangleichung 69
2 Was ist die Wertangleichung? Wann wird eine Wertangleichung durchgeführt? 69
3 Wesen des Schlussbonus 69
4 Voller Schlussbonus bei Erreichen der Voraussetzung für den Schlussbonus 69
5 Voraussetzungen für den Schlussbonus für Ihren GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen 69
6 Voraussetzungen für den Schlussbonus für Ihren GENERATION private plus mit Einmalbeitrag 70
7 Möglicher Schlussbonus bei Nichterreichen der Voraussetzungen 70
8 UWP-Wert 70

**§ 7 Welche Folgen hat der vorgezogene Rentenbeginn auf die Anlage
in den GENERATION UWP-Fonds III? 70**

**§ 8 Welche Folgen hat eine Umschichtung aus dem GENERATION UWP-Fonds III in andere Fonds?
Wie wirkt sich eine Änderung der Beitragsaufteilung aus? 70**

**ANLAGE D
AUTOMATISCHES PORTFOLIO MANAGEMENT (APM) 71**

Versicherungsbedingungen

für den GENERATION private plus von Canada Life

Die Anlagen A–D sind Teil dieser Versicherungsbedingungen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen innerhalb dieser Versicherungsbedingungen (sowie in unseren vorvertraglichen Informations- und Vertragsunterlagen) gelten für alle Personen unabhängig von ihrem Geschlecht. Eine Übersicht der jeweiligen Definitionen haben wir in § 38 zusammengestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit des Bedingungswerks haben wir Querverweise auf andere Bestimmungen nur dann gesondert bezeichnet, wenn sie sich in den Anlagen befinden. Querverweise, die nicht gesondert bezeichnet sind, beziehen sich auf diese Versicherungsbedingungen. Verweise auf Gesetze basieren auf der jeweils am 01.01.2023 geltenden Fassung.

§ 1 Was ist Ihr GENERATION private plus von Canada Life? Welche Leistungen erbringen wir?

1 GENERATION private plus

Ihr Versicherungsanlageprodukt GENERATION private plus von Canada Life ist eine fondsgebundene, aufgeschobene Rentenversicherung. Die Aufschubzeit bezeichnet den Zeitraum zwischen Versicherungs- und Rentenbeginn. Der GENERATION private plus bietet Ihnen Versicherungsschutz in Form einer Altersrente. Die Höhe Ihrer Altersrente wird bei Rentenbeginn berechnet und hängt u. a. von der Wertentwicklung der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Fonds ab.

Sie können für die Anlage Ihrer Beiträge zwischen mehreren Fonds wählen, die für Ihren GENERATION private plus zur Verfügung stehen, wobei maximal 40 Fonds gleichzeitig gehalten werden können. Die Fonds investieren in Publikumsfonds, Wertpapiere und andere Vermögenswerte gemäß der für sie jeweils geltenden Anlagegrundsätze.

Sie nehmen an der Wertentwicklung der von Ihnen als Anlageoption gewählten Fonds mit ihren Renditeaussichten direkt teil, aber – je nach Ausrichtung des jeweiligen Fonds – entsprechend auch an den hiermit verbundenen Risiken der Anlage. Das Erreichen einer bestimmten Wertentwicklung kann nicht garantiert werden. Wir übernehmen daher keine Haftung für das Erreichen der Anlageziele bzw. -erwartungen der von Ihnen gewählten Fonds auch, soweit sie in dem jeweiligen Dokument „Anlageoption“ beschrieben sind. Diese Partizipation an den Fonds bietet die Chance auf Wachstum, birgt aber auch das Risiko eines möglichen Kapitalverlustes. Das bedeutet, dass der Wert Ihres GENERATION private plus sowohl steigen als auch fallen kann. Sofern Sie in den GENERATION UWP-Fonds III investiert haben, kann Ihrem Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen aber auch ein garantierter Wert zustehen (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III).

Der Wert des Anteilguthabens Ihres GENERATION private plus entwickelt sich entsprechend der Wertentwicklung der jedem Fonds zugewiesenen Anteile unter Berücksichtigung der Kosten Ihres Vertrags. Aus dem bis zum Rentenbeginn gebildeten Wert des Anteilguthabens werden die Leistungen erbracht, wobei Sie zwischen verschiedenen Rentenarten oder auch anderen Optionen wählen können.

2 Vertragsarten

Es gibt für den GENERATION private plus die Möglichkeit, laufende Beiträge oder einen Einmalbeitrag zu wählen. Sie können auf bestehende Verträge auch Zuzahlungen leisten.

Soweit wir in diesen Versicherungsbedingungen nicht ausdrücklich darauf hinweisen, gelten alle Bestimmungen sowohl für den GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen als auch mit Einmalbeitrag. Für Zuzahlungen gelten die Regelungen für Einmalbeiträge, soweit diese von den Regelungen für laufende Beiträge abweichen.

Die Art Ihres GENERATION private plus ist in Ihrem Versicherungsschein bestätigt. Auch wenn Sie beide Arten des GENERATION private plus zeitgleich mit uns vereinbart haben, handelt es sich um gesonderte Verträge. Sie erhalten deshalb für jeden GENERATION private plus einen gesonderten Versicherungsschein.

3 Versicherte Person und Versicherungsnehmer

Versicherte Person ist die Person, auf deren Leben bzw. Gesundheit die Versicherung abgeschlossen ist. Die versicherte Person ist im Versicherungsschein angegeben. Eine versicherte Person muss nicht notwendigerweise der Versicherungsnehmer sein. Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

4 Leistung zum Rentenbeginn

Wenn die versicherte Person den Rentenbeginn erlebt, zahlen wir entweder eine laufende Rente oder eine einmalige Kapitalleistung. Die genauere Ausgestaltung der Leistungen wird in § 4 näher erläutert.

5 Tod vor Rentenbeginn

Wenn die versicherte Person vor Rentenbeginn stirbt, zahlen wir nach Maßgabe des § 6 das Anteilguthaben, mindestens jedoch die eingezahlten Beiträge abzüglich der bereits angefallenen Risikobeiträge für Zusatzoptionen (falls vereinbart) und des Wertes getätigter Teilkündigungen. Stirbt die versicherte Person in dem Zeitraum einer befristeten oder unbefristeten Beitragsfreistellung, einer Beitragsstundung oder einer befristeten Beitragsreduzierung, ist die Todesfallleistung auf den Wert des Anteilguthabens beschränkt.

6 Tod nach Rentenbeginn

Wenn zum Rentenbeginn eine Rente mit zusätzlicher Hinterbliebenenabsicherung, eine Rentengarantiezeit oder eine Rente mit Restkapitalisierung vereinbart wird, zahlen wir zudem eine Todesfallleistung, wenn die versicherte Person nach Rentenbeginn stirbt. Die genaue Ausgestaltung dieser Todesfallleistung wird in § 4 Abs. 8 zu den vorgenannten Optionen näher erläutert.

7 Zusatzoptionen

Für Ihren GENERATION private plus mit laufender Beitragszahlung können Sie folgende Zusatzoptionen mit uns vereinbaren:

- eine Leistung in Form einer Kapitalleistung bei Eintritt bestimmter schwerer Krankheiten („Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten“) gemäß § 7 Absatz 1 a) in Verbindung mit Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten,

- eine Berufsunfähigkeitsrente (inklusive Beitragsbefreiung) gemäß § 7 Absatz 1 b) in Verbindung mit Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit,
- eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 7 Absatz 1 c) in Verbindung mit Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit,
- einen Besonderen Todesfallschutz gemäß § 7 Absatz 1 d) oder
- eine Erwerbsunfähigkeitsabsicherung gemäß § 7 Absatz 1 e) (nur in Verbindung mit der Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten).

8 Informationen über den Wert Ihrer Anteile

Sie erhalten eine jährliche Mitteilung von uns, aus der Sie den Wert der Anteile aus gegebenenfalls mehreren unterschiedlichen Fonds sowie den Wert Ihres Anteilguthabens entnehmen können. Wir geben Ihnen den Wert Ihrer Anteile und Ihres Anteilguthabens auch auf Anfrage an.

§ 2 Wann beginnt und endet Ihr GENERATION private plus?

1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz Ihres GENERATION private plus beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt und Sie den sogenannten Einlösungsbeitrag, d. h. den ersten laufenden Beitrag oder den Einmalbeitrag, gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Unsere Leistungspflicht kann jedoch entfallen, wenn Sie den fälligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 18).

2 Wartezeiten

Falls Sie die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten gewählt haben, besteht für die Krankheit „Krebs“ eine Wartezeit von 6 Monaten und für die Krankheit „Bypass-Operation der Koronararterien“ eine Wartezeit von 3 Monaten, ab dem nach Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt bis zum Beginn des Versicherungsschutzes.

Eine ausführliche Darstellung der möglichen Wartezeiten finden Sie in § 6 Absatz 2 der Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten.

3 Ende des Versicherungsschutzes

a) Der Versicherungsschutz endet insgesamt
   - mit der Abfindung bei geringem Rentenvermögen nach § 4 Absatz 6 oder der Inanspruchnahme einer vollständigen Kapitalleistung nach § 4 Absatz 10,
   - wenn wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten oder ihn anfechten (in diesen Fällen entfällt der Versicherungsschutz gegebenenfalls sogar rückwirkend, siehe § 3),
   - mit dem Tod der versicherten Person unter Berücksichtigung gegebenenfalls vereinbarter Rentengarantiezeiten, Restkapitalisierung bzw. anderen Hinterbliebenenabsicherungen,
   - bei Kündigung des Vertrags,
   - wenn der Wert aller dem Vertrag zugewiesenen Anteile auf null sinkt. Hierüber werden wir Sie informieren. Wenn Sie Ihre Beiträge vollständig oder anteilig in den GENERATION UWP-Fonds III investiert haben, ist hierfür sowohl der Wert des geglätteten als auch des tatsächlichen Anteilguthabens (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III) maßgeblich.

b) Mit dem Ende des Versicherungsschutzes endet auch der Versicherungsschutz aus gegebenenfalls vereinbarten Zusatzoptionen. Der Versicherungsschutz aus einer Zusatzoption kann in den nachfolgend aufgeführten Fällen auch vor dem Ablauf der für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Aufschubzeit enden.
   Der Versicherungsschutz aus einer Zusatzoption endet
   - im Fall einer Beitragsfreistellung Ihres GENERATION private plus nach § 23,
   - mit dem Ende der für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Beitragszahlungsdauer oder
   - bei ursprünglichem bzw. vorgezogenem Rentenbeginn Ihres GENERATION private plus.

aa) Der Versicherungsschutz für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit endet darüber hinaus gemäß § 6 der Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit
   - mit Ablauf der für diese Zusatzoptionen vereinbarten Versicherungsdauer oder
   - spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet und keine Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß § 6 Absatz 3 der Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit – erfolgt ist.

   Wenn Sie ausschließlich die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben, endet der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzoption zudem bei einer befristeten Beitragsfreistellung. Wenn Sie die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente gewählt haben, besteht während der Dauer einer befristeten Beitragsfreistellung kein Versicherungsschutz für die Beitragsbefreiung.

bb) Der Besondere Todesfallschutz endet zudem
   - bei einer befristeten Beitragsfreistellung,
   - bei einer befristeten Beitragsreduzierung,
   - bei einer Beitragsstundung,
   - am 50. Jahrestag des Versicherungsbeginns oder
   - spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet.

cc) Außerdem endet der Versicherungsschutz für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten gemäß § 6 Absatz 3 der Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten:
   - bei einer befristeten Beitragsfreistellung,
   - bei einer befristeten Beitragsreduzierung,
   - bei einer Beitragsstundung,
   - am 50. Jahrestag des Versicherungsbeginns,
   - mit Auszahlung der versicherten Leistung für einen 2. Versicherungsfall oder
   - spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet und keine Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß § 7 der Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten – erfolgt ist.

dd) Der Versicherungsschutz für eine Erwerbsunfähigkeitsabsicherung endet des Weiteren:
   - sobald die versicherte Leistung aufgrund des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit erbracht worden ist,
   - sobald der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten endet,
   - spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet und keine Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß § 7 Abs. 1 e) erfolgt ist.

4 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr bezeichnen wir den Zeitraum eines Jahres ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn und die jeweils auf die Jahrestage des ursprünglichen Versicherungsbeginns folgenden Jahre.

§ 3 Welche Bedeutung haben die von uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung oder die im Rahmen der Risikoprüfung gestellten Fragen? Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

1 Wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen, die wir Ihnen nach Ihrer Antragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme in Textform stellen.

Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

2 Unser Rücktrittsrecht

a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 1) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

b) Im Fall des Rücktritts besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht für den Versicherungsfall jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert (§ 25 Absatz 3). Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Vertragslaufzeit vor Wirksamwerden des Rücktritts gezahlt wurden, können Sie nicht verlangen.

3 Kündigung

a) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu kündigen.

b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

4 Rückwirkende Vertragsanpassung

a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zum Verlust des Versicherungsschutzes für bereits eingetretene und zukünftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.

b) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

5 Ausübung unserer Rechte

a) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der vorgenannten Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

b) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

c) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von 5 Jahren seit Vertragsschluss ausüben; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist 10 Jahre.

6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung). Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 2c) gilt entsprechend.

7 Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

Die Absätze 1 bis 6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 5c) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

8 Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 4 Was leisten wir mit Erreichen des aktuellen Rentenbeginns? Welche Möglichkeiten haben Sie?

1 Zahlung einer Rente aufgrund Ihres Rentenvermögens

Wenn die versicherte Person, also Sie oder eine von Ihnen bestimmte Person, deren Leben wir versichern, den Rentenbeginn (vgl. § 5 Absatz 6) erlebt, zahlen wir eine laufende Rente. Wir zahlen diese Rente jedenfalls solange die versicherte Person lebt, bei Vereinbarung entsprechender Rentenarten gemäß Absatz 8 gegebenenfalls auch länger. Die Rente berechnen wir gemäß Absatz 2 aufgrund des Wertes Ihres Anteilguthabens (siehe § 14). Den bei aktuellem Rentenbeginn für Ihre Rente zur Verfügung stehenden Wert Ihres Anteilguthabens einschließlich des zum Rentenbeginn zugeteilten zusätzlichen Treuebonus (§ 17) nennen wir das Rentenvermögen.

Soweit bei der Berechnung des Anteilguthabens Vermögenswerte bzw. Anteile aufgrund außergewöhnlicher Umstände gemäß § 14 außer Acht gelassen werden müssen, werden wir, sobald die entsprechenden außergewöhnlichen Umstände nicht mehr bestehen, eine Bewertung der zuvor unberücksichtigten Vermögenswerte bzw. Anteile durchführen und gegebenenfalls eine entsprechende Erhöhung der Rentenzahlung vornehmen.

2 Grundlagen für die Berechnung der Rente

Die durch uns auszuzahlende Rente wird berechnet unter Berücksichtigung

- der Höhe Ihres Rentenvermögens,
- der von Ihnen gewählten Rentenzahlungsweise und -art,
- des Zeitpunkts Ihres Rentenbeginns,
- des anzuwendenden Rentenfaktors gemäß Absatz 3.

3 Anzuwendender Rentenfaktor

Zum Rentenbeginn wird auf Basis der dann geltenden versicherungsmathematischen Grundsätze und der voraussichtlichen Verwaltungskosten der dann aktuelle Rentenfaktor unter Berücksichtigung der Rentenzahlungsweise und -art ermittelt. Wir vergleichen den dann aktuellen Rentenfaktor mit dem gemäß Absatz 4 garantierten Rentenfaktor. Falls Ihre Rente aufgrund der Anwendung des garantierten Rentenfaktors höher wäre, erhalten Sie diese höhere Rente.

4 Garantierter Rentenfaktor

Wir garantieren den in Abschnitt I. Teil I Ziffer 3 b) 2) der „Besonderen Informationen für Ihren GENERATION private plus“ ausgewiesenen Rentenfaktor für je 10.000 € des Rentenvermögens. Dieser garantierte Rentenfaktor gilt für eine persönliche Rente gemäß Absatz 8 a) mit monatlich nachschüssiger Zahlungsweise bei ursprünglichem Rentenbeginn. Wir nennen ihn den ursprünglich garantierten Rentenfaktor.

Den ursprünglich garantierten Rentenfaktor haben wir unter der Annahme der Lebenserwartung in Höhe von 50 % der Sterbetafeln DAV2004R ohne Verzinsung ermittelt. Dies erfolgt unter der Berücksichtigung unserer heutigen vorsichtigen Annahme der Anteile von Frauen und Männern in unserem zukünftigen Bestand. Dabei berücksichtigen wir einmalige Verwaltungskosten für die Einrichtung der Rente in Höhe von 2 % des Rentenvermögens sowie laufende Verwaltungskosten in Höhe von 2 % jeder Rentenzahlung.

In den folgenden Fällen berechnen wir einen neuen garantierten Rentenfaktor nach denselben Annahmen, die wir für die Berechnung des ursprünglich garantierten Rentenfaktors angewandt haben:

- bei vorgezogenem Rentenbeginn,
- bei einer anderen Rentenzahlungsweise bzw. -art als die persönliche Rente mit monatlich nachschüssiger Zahlungsweise.

In den folgenden Fällen der Vertragsänderung können wir einen neuen garantierten Rentenfaktor aufgrund anderer versicherungsmathematischer Annahmen ermitteln und mitteilen, der für den sich hieraus ergebenden Teil des Rentenvermögens gilt:

- bei außerplanmäßigen Beitragserhöhungen,
- bei Zuzahlungen,
- bei Verlängerung der Beitragszahlungsdauer,
- bei Hinausschieben des Rentenbeginns.

Für den sich aus dem ursprünglichen Vertrag ergebenden Teil des Rentenvermögens bleibt es aber bei den ursprünglichen versicherungsmathematischen Annahmen, die dem in Abschnitt I. Teil I Ziffer 3 b) 2) der „Besonderen Informationen für Ihren GENERATION private plus“ ausgewiesenen Rentenfaktor zugrunde liegen.

5 Zahlungsweise und Mindestrente

Sie können wählen, ob eine Rente monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich gezahlt wird. Die Rentenzahlung erfolgt immer zum Ende des jeweiligen Intervalls. Dabei muss der Betrag pro Rentenzahlung mindestens 100 € monatlich betragen.

6 Abfindung der Rente

Wenn zum Rentenbeginn die sich aus dem Rentenvermögen ergebende Rentenzahlung geringer ist als 100 € monatlich, können wir den Anspruch auf eine Rente durch einmalige Kapitalauszahlung des Rentenvermögens abfinden. Mit dieser Zahlung erlischt Ihr GENERATION private plus. Im Übrigen ist eine Abfindung der Rente nach Beginn der Rentenzahlung ausgeschlossen.

7 Rentenzahlungsdauer der Rente nach Beginn der Rentenzahlung

Nach dem Tod der versicherten Person bzw. der anderen Person, auf deren Leben wir eine Rente zahlen, werden keine weiteren Rentenzahlungen geleistet, es sei denn, es ist eine längere Rentengarantiezeit vereinbart.

8 Rentenarten

Zu Rentenbeginn stehen Ihnen folgende Optionen zur Wahl. Diese können Sie jedoch nach Rentenbeginn nicht mehr abändern.

a) **Persönliche Rente**
Sie können sich für eine lebenslange Rente (Leibrente) auf das Leben der versicherten Person entscheiden.

b) **Rente mit zusätzlicher Hinterbliebenenabsicherung**
Wenn Sie sich für diese Möglichkeit entscheiden, zahlen wir zunächst eine Rente bis zum Tod der versicherten Person. Verstirbt die versicherte Person, so zahlen wir anschließend eine Rente in Höhe eines bei Wahl der Rentenart vereinbarten Prozentsatzes der persönlichen Rente an die Person, die uns zum Rentenbeginn als Hinterbliebene genannt wurde, falls und so lange diese Person lebt (Hinterbliebenenrente).

c) **Rentengarantiezeit**
Sie können sich sowohl bei Antragstellung als auch zum Rentenbeginn für die persönliche Rente mit einer Rentengarantiezeit für einen bestimmten Zeitraum entscheiden. Dieser gewählte Zeitraum beginnt mit dem aktuellen Rentenbeginn und endet zu dem von Ihnen gewählten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Ablauf des Jahres, in dem die versicherte Person das 92. Lebensjahr vollendet. Die Garantiezeit kann für maximal 25 Jahre vereinbart werden. Wir werden die Rente während dieser Garantiezeit zahlen, auch wenn die versicherte Person während der Garantiezeit stirbt. Sofern die versicherte Person die Garantiezeit überlebt, werden wir die Rente bis zum Tod der versicherten Person weiterzahlen.

Sie können diese Rentengarantiezeit auch für eine persönliche Rente mit zusätzlicher Hinterbliebenenabsicherung vereinbaren. In diesem Fall können Sie bei Wahl der Rentenart entscheiden, ob bei Tod der versicherten Person während der Garantiezeit die Hinterbliebenenrente zusätzlich zu der garantierten persönlichen Rente sofort ab Tod der versicherten Person oder erst nach Ablauf der Garantiezeit gezahlt werden soll. Im letzteren Fall zahlen wir nur dann eine Hinterbliebenenrente, falls und so lange der von Ihnen bestimmte Hinterbliebene bei Ablauf der Garantiezeit lebt.

Ist eine Rentengarantiezeit vereinbart worden, können laufende Renten für die Rentengarantiezeit mit dem restlichen Rentenbarwert abgefunden werden. Wir teilen Ihnen gerne auf Anfrage den jeweiligen Rentenbarwert mit. Erlebt die versicherte Person den Ablauf der abgefundenen Rentengarantiezeit, setzt die lebenslange Rentenzahlung wieder ein.

d) **Rente mit Restkapitalisierung**
Alternativ zu b) und c) kann eine Rente mit Restkapitalisierung vereinbart werden. Diese Option kann sowohl bei Antragstellung als auch zum Rentenbeginn gewählt werden. In diesem Fall zahlen wir das Restkapital an den oder die Begünstigten, wenn die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlungen stirbt.

Das Restkapital ist das zum Rentenbeginn für die Berechnung der Rente unter Anwendung des für diese Option maßgeblichen Rentenfaktors zur Verfügung stehende Kapital abzüglich der bis zum Tod der versicherten Person geleisteten Rentenzahlungen.

In diesem Fall endet die Rentenleistung.

e) **Dynamische Rente**
Sie können bestimmen, dass die persönliche Rente bzw. Hinterbliebenenrente um entweder 1 %, 3 % oder 5 % jährlich steigt.

f) **Teildynamische Rente**
Wenn zum Rentenbeginn keine Rentendynamik gewünscht wird, leisten wir eine teildynamische Rente. In der Höhe der ersten Rentenleistung sind dann vorgezogene Rentensteigerungen bereits berücksichtigt. Die teildynamische Rente kann nicht sinken.

g) **Marktoption**
aa) Falls Sie die Marktoption wählen, werden wir uns darum bemühen, für Sie alternative Angebote von für uns verfügbarer ausgewählter Versicherer für eine entsprechende Rente auf das Leben der versicherten Person einzuholen. Die Angebote, die wir erhalten, werden wir Ihnen spätestens einen Monat vor Ihrem aktuellen Rentenbeginn mitteilen. Gleichzeitig erhalten Sie nähere Angaben zu den bei uns erhältlichen Rentenzahlungen.

bb) Wenn Sie sich dazu entscheiden, Rentenzahlungen auf der Grundlage des Angebots eines anderen Versicherers in Anspruch zu nehmen, werden wir uns darum bemühen, einen entsprechenden Vertrag zwischen uns und dem von Ihnen ausgewählten Versicherer zustande zu bringen. Ist der von Ihnen ausgewählte Versicherer nicht bereit, einen Vertrag auf der Grundlage seines Angebots mit uns abzuschließen, können Sie das Angebot eines anderen Versicherers auswählen; Satz 1 gilt dann entsprechend.

cc) Alle Absprachen des mit dem anderen Versicherer vereinbarten Versicherungsvertrags gelten auch für die von uns an Sie zu zahlende Rente.

dd) Wenn Sie uns Ihre Wahl hinsichtlich der Alternativangebote gemäß dieser Marktoption nicht bis spätestens 2 Wochen vor Rentenbeginn mitteilen, die Alternativangebote ablehnen oder keiner der anderen Versicherer zur Annahme unseres Antrags bereit ist, werden wir an Sie eine persönliche Rente gemäß Absatz 8 a) monatlich nachschüssig zahlen.

ee) Durch die Ausübung der Marktoption besteht zu keinem Zeitpunkt ein Anspruch auf Auszahlung des Wertes Ihres Anteilguthabens.

h) **Andere Rentenzahlungsmodelle**
Möglicherweise entwickeln wir bis zu Ihrem aktuellen Rentenbeginn noch weitere Rentenmodelle für Ihren GENERATION private plus. Sollte dies der Fall sein, werden wir Ihnen diese Modelle zusätzlich zu den Modellen gemäß a) bis g) vor Ihrem aktuellen Rentenbeginn anbieten

9 Fristen für die Wahl der Rentenart

Sofern Sie Ihr Wahlrecht bzgl. der Rentenart ausüben möchten, benötigen wir eine Mitteilung von Ihnen in Textform. Sie können Ihr Wahlrecht frühestens 6 Monate vor dem aktuellen Rentenbeginn ausüben. Die entsprechende Mitteilung muss uns spätestens einen Monat bzw. bei Wahl der Marktoption gemäß Absatz 8 g) spätestens 2 Monate vor aktuellem Rentenbeginn zugehen. Wenn Sie den vereinbarten Rentenbeginn vorziehen möchten, muss uns Ihre Mitteilung spätestens 10 Werktage vor dem gewünschten Termin für den vorgezogenen Rentenbeginn zugehen. Kurz- oder langfristigere Mitteilungen sind möglich, bedürfen aber unserer Zustimmung. Wenn wir von Ihnen keine rechtzeitige Mitteilung erhalten, werden wir an Sie eine persönliche Rente gemäß Absatz 8 a) unter Berücksichtigung des Absatzes 6 monatlich zum Monatsende zahlen.

10 Kapitalleistung

Zum aktuellen Rentenbeginns kann statt einer Rentenzahlung auch eine Auszahlung des zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Rentenvermögens (Kapitalauszahlung) gewählt werden. Die in Absatz 9 genannten Fristen gelten entsprechend. Sie können sich auch dazu entschließen, einen Teil Ihres Rentenvermögens als Kapitalleistung und den verbleibenden Restbetrag in Form eines der unter Absatz 8 a) bis f) beschriebenen Rentenmodelle zu erhalten. Dabei müssen die Mindestbeträge gemäß den Absätzen 5 und 6 berücksichtigt werden.

§ 5 Wann ist Ihr Rentenbeginn? Können Sie ihn verlegen?

1 Ursprünglicher Rentenbeginn

Der mit Ihnen bei Abschluss des Versicherungsvertrags vereinbarte Rentenbeginn wird in dem bei Abschluss des GENERATION private plus ausgestellten Versicherungsschein aufgeführt. Dieses Datum nennen wir Ihren ursprünglichen Rentenbeginn.

2 Vorgezogener Rentenbeginn

Ab 3 Monate vor dem gewünschten vorgezogenen Rentenbeginn können Sie Ihren ursprünglichen Rentenbeginn einmalig auf einen früheren Termin vorverlegen, den wir vorgezogenen Rentenbeginn nennen. Eine entsprechende Mitteilung muss uns fristgerecht gemäß § 4 Absatz 9 vor dem gewünschten vorgezogenen Rentenbeginn zugegangen sein. Die Vorverlegung ist jedoch nur möglich, wenn

a) bei Ihrem GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen mindestens 5 Jahre zwischen dem Versicherungsbeginn und dem vorgezogenen Rentenbeginn liegen oder

b) bei Ihrem GENERATION private plus mit Einmalbeitrag mindestens 5 Jahre zwischen der Zahlung des letzten Einmalbeitrags und dem vorgezogenen Rentenbeginn liegen.

c) Falls Sie den GENERATION UWP-Fonds III für die Anlage sämtlicher oder auch nur Teile Ihrer Beiträge gewählt haben, gelten von diesem § 5 Absatz 2 abweichende längere Mindestaufschubzeiten, d.h. ein vorgezogener Rentenbeginn kann erst für einen späteren Zeitpunkt gewählt werden (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III).

3 Folgen des vorgezogenen Rentenbeginns

Bitte beachten Sie, dass Sie ab dem vorgezogenen Rentenbeginn keinen Treuebonus (§ 17) mehr erhalten. Eine gegebenenfalls mitversicherte Zusatzoption endet mit Eintritt des vorgezogenen Rentenbeginns. Wenn Sie die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente oder Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben und zum Zeitpunkt des vorgezogenen Rentenbeginns ein Versicherungsfall besteht, werden die hieraus resultierenden Leistungen zum vorgezogenen Rentenbeginn eingestellt.

Sind Ihrem GENERATION private plus Anteile an dem GENERATION UWP-Fonds III zugewiesen, können die Garantien (GENERATION UWP-Fonds III bezogene Garantie und Beitragsgarantie gemäß § 3 der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III) und der Anspruch auf einen möglichen Schlussbonus bei dem GENERATION UWP-Fonds III entfallen, wenn zu dem Zeitpunkt des vorgezogenen Rentenbeginns die Garantievoraussetzungen für den GENERATION UWP-Fonds III nicht erfüllt sind. Bitte beachten Sie hierzu die Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III.

4 Hinausgeschobener Rentenbeginn

Sie können Ihren ursprünglichen Rentenbeginn einmalig auf einen späteren Termin hinausschieben, den wir hinausgeschobenen Rentenbeginn nennen. Eine entsprechende Mitteilung muss uns entsprechend § 4 Absatz 9 spätestens einen Monat vor dem ursprünglichen Rentenbeginn zugegangen sein. Der hinausgeschobene Rentenbeginn darf nicht nach dem Jahrestag des Versicherungsbeginns liegen, der dem 85. Geburtstag der versicherten Person folgt.

5 Folgen des hinausgeschobenen Rentenbeginns

Die Pflicht zur Beitragszahlung erlischt nach dem ursprünglichen Rentenbeginn. Die Beiträge können jedoch bei einem GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen über den Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns hinaus bis zum aktuellen Rentenbeginn gezahlt werden, längstens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person den 75. Geburtstag erreicht hat.

Bei einem GENERATION private plus mit Einmalbeitrag können Zuzahlungen noch bis zu fünf Jahre vor dem hinausgeschobenen Rentenbeginn geleistet werden. Falls Sie den GENERATION UWP-Fonds III gewählt haben, können Zuzahlungen nur bis zu zehn Jahren vor dem hinausgeschobenen Rentenbeginn geleistet werden.

Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes über den ursprünglichen Rentenbeginn hinaus ist für eine gegebenenfalls vereinbarte Zusatzoption ausgeschlossen, sofern für die entsprechende Zusatzoption keine Verlängerungsoption besteht. Wenn zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns ein Versicherungsfall im Rahmen der Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente oder Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit besteht, werden die hieraus resultierenden Leistungen zum ursprünglichen Rentenbeginn eingestellt, sofern nicht vereinbart worden ist, dass diese Leistungen schon zu einem früheren Zeitpunkt enden.

Wenn Ihrem GENERATION private plus Anteile an dem GENERATION UWP-Fonds III zugewiesen sind, entfällt die Beitragsgarantie. Bitte beachten Sie hierzu die Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III.

6 Aktueller Rentenbeginn

Der für Ihren GENERATION private plus jeweils geltende Rentenbeginn, d.h. der ursprüngliche Rentenbeginn oder, soweit zutreffend, der vorgezogene oder hinausgeschobene Rentenbeginn, wird von uns auch als aktueller Rentenbeginn bezeichnet.

§ 6 Was geschieht im Fall des Todes vor Rentenbeginn?

Wenn die versicherte Person vor Erreichen des aktuellen Rentenbeginns stirbt, zahlen wir, auf der Grundlage der dem Vertrag zum Todestag zugewiesenen Anteile, Ihr Anteilguthaben, mindestens jedoch die eingezahlten Beiträge, abzüglich der bereits angefallenen Risikobeiträge für Zusatzoptionen (falls vereinbart) und des Wertes getätigter Teilkündigungen.

Sofern eine Anlage im GENERATION UWP-Fonds III besteht, wird keine Wertangleichung vorgenommen und der mögliche Schlussbonus in voller Höhe gewährt (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III).

Stirbt die versicherte Person in dem Zeitraum einer befristeten oder unbefristeten Beitragsfreistellung, einer Beitragsstundung oder einer befristeten Beitragsreduzierung gemäß den §§ 23 und 24, so ist die Todesfallleistung auf den Wert des Anteilguthabens beschränkt, so dass keine Zahlung der Beiträge erfolgt, auch wenn die Summe der eingezahlten Beiträge höher als der Wert des Anteilguthabens sein sollte.

Die Todesfallleistung ist für versicherte Personen bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres auf 8.000 € beschränkt. Die Rückzahlung höherer eingezahlter Beiträge, abzüglich des Wertes getätigter Teilkündigungen und bereits angefallener Risikobeiträge für Zusatzoptionen (falls vereinbart), wird hiervon nicht berührt.

§ 7 Welche Zusatzoptionen können Sie bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung vereinbaren und welche Leistungen können Sie hieraus beanspruchen?

1 Mögliche Zusatzoptionen bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung

Ihr GENERATION private plus mit laufender Beitragszahlung bietet die Möglichkeit, die nachfolgend beschriebenen Zusatzoptionen zu wählen. Bei diesen Optionen handelt es sich nicht um selbstständige Versicherungsverträge, sondern um unselbstständige Teile Ihres Vertrags.

a) Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten

Art und Umfang des Versicherungsschutzes für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten sowie die Definitionen der versicherten Krankheiten sind in Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten – geregelt. Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr der versicherten Person ist die Versicherungssumme auf 150.000 € begrenzt. Danach gilt ohne erneute Risikoprüfung der volle Versicherungsschutz

b) Berufsunfähigkeitsrente

Art und Umfang des Versicherungsschutzes für die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente sind in Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit geregelt.

c) Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

Art und Umfang des Versicherungsschutzes für die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit sind in Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit geregelt.

d) Besonderer Todesfallschutz

aa) Wenn Sie mit uns den Besonderen Todesfallschutz vereinbart haben, zahlen wir im Fall des Todes der versicherten Person vor aktuellem Rentenbeginn Ihr Anteilguthaben, mindestens jedoch die für den Besonderen Todesfallschutz vereinbarte Leistung. Sofern eine Anlage im GENERATION UWP-Fonds III besteht, wird keine Wertangleichung vorgenommen und der mögliche Schlussbonus in voller Höhe gewährt (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III).

Die Todesfallleistung ist für versicherte Personen bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres auf 8.000 € beschränkt. Die Rückzahlung höherer eingezahlter Beiträge gemäß § 6, abzüglich des Wertes getätigter Teilkündigungen und gegebenenfalls angefallener Risikobeiträge, wird hiervon nicht berührt. In dem Zeitraum zwischen dem 7. Geburtstag und dem 14. Geburtstag der versicherten Person ist die Todesfallleistung auf maximal 100.000 € begrenzt.

bb) Die leiblichen und adoptierten Kinder sowie Stiefkinder (im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder des Ehepartners oder Lebenspartners nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft – LPartG) einer versicherten Person (automatisch mitversicherte Kinder) sind ab Ende ihres dritten Lebensmonats bis zum 18. Geburtstag nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen für den Todesfall mitversichert. Solange die automatisch mitversicherten Kinder im Haushalt der versicherten Person leben und die Voraussetzungen des § 32 Abs. 4 und 5 Einkommensteuergesetz (EstG) vorliegen, besteht der Versicherungsschutz auch über den 18. Geburtstag des jeweiligen automatisch mitversicherten Kindes hinaus, längstens jedoch bis zu seinem 25. Geburtstag, an. Bei Tod eines nach den vorstehenden Bestimmungen automatisch mitversicherten Kindes erbringen wir die gemäß aa) versicherte Leistung.

Die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von

- 50 % der über diese Zusatzoption für die versicherte Person versicherten Leistung für den Besonderen Todesfallschutz oder
- 4.000 €.

Wenn mehr als ein Kind automatisch mitversichert ist, gilt Folgendes:

die Summe aller Leistungen, die insgesamt während der Versicherungsdauer der Zusatzoption für alle automatisch mitversicherten Kinder gezahlt wird, beträgt maximal 50 % der über diese Zusatzoption für die versicherte Person versicherten Leistung für den Besonderen Todesfallschutz.

Eine Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind hat keinen Einfluss auf den Umfang der versicherten Todesfallleistung für die versicherte Person. Der für die versicherte Person bestehende Versicherungsschutz verringert sich durch eine Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind folglich nicht.

Es gelten sämtliche in § 8 und gegebenenfalls in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Ausschlüsse. Für automatisch mitversicherte Kinder gilt zudem folgender Ausschluss:

Wir leisten nicht, wenn der Tod durch einen Gesundheitszustand eingetreten ist, welcher vor Ende des dritten Lebensmonats des Kindes diagnostiziert wurde, oder wenn diese Diagnose einem Elternteil oder dem gesetzlichen Vormund bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Adoption zum Zeitpunkt der Adoption bekannt war oder bekannt sein musste.

Dieser Ausschluss für automatisch mitversicherte Kinder gilt entsprechend, wenn es sich um ein Stiefkind handelt und die Diagnose dem leiblichen Elternteil oder der versicherten Person bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Heirat zum Zeitpunkt der Heirat der versicherten Person mit dem leiblichen Elternteil des mitversicherten Kindes bekannt war oder bekannt sein musste.

cc) Der Todesfallschutz endet mit dem Ende des Versicherungsschutzes aus dieser Zusatzoption für die versicherte Person in den in § 2 Absatz 3 aufgeführten Fällen. Dies gilt auch hinsichtlich automatisch mitversicherter Kinder.

e) Erwerbsunfähigkeitsabsicherung

aa) Die Zusatzoption Erwerbsunfähigkeitsabsicherung kann nur in Kombination mit der Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten vereinbart werden. Wenn Sie die Erwerbsunfähigkeitsabsicherung mit uns vereinbart haben, wird im Versicherungsfall die versicherte Leistung gezahlt. Die Höhe der für den Fall der Erwerbsunfähigkeit versicherten Leistung entspricht immer der jeweiligen Höhe der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

Die versicherte Leistung für die Erwerbsunfähigkeitsabsicherung reduziert sich daher nach Anerkennung eines ersten Versicherungsfalls für schwere Krankheiten um 50 %. Bitte lesen Sie hierzu § 4 der Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten.

bb) Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer vor Vollendung des 67. Lebensjahres infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens 6 Monate ununterbrochen nicht mehr in der Lage war, mehr als 3 Stunden täglich einer beliebigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, und für mindestens 18 weitere Monate nach gesicherter ärztlicher Prognose keine Besserung des Zustandes zu erwarten ist. Der Leistungsanspruch besteht auch dann, wenn eine gesicherte ärztliche Prognose nicht gestellt werden kann und der zuvor beschriebene Zustand der Erwerbsunfähigkeit aber 2 Jahre ununterbrochen bestanden hat und andauert.

cc) Wenn wir eine Leistung wegen Erwerbsunfähigkeit auszahlen, erlischt die Zusatzoption. Der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption endet für die versicherte Person zudem in den in § 2 Absatz 3 aufgeführten Fällen.

dd) Im Fall einer Erhöhung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung können Sie den Versicherungsschutz aus der Zusatzoptionen einmalig verlängern. Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ist nur möglich, wenn dadurch die für Ihren GENERATION private plus vereinbarte Beitragszahlungsdauer bzw. der vereinbarte Rentenbeginn sowie die Versicherungsdauer der Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten nicht überschritten wird.

Andernfalls können Sie gleichzeitig auch den vereinbarten Rentenbeginn gemäß § 5 Absatz 4 der Versicherungsbedingungen hinausschieben, die Beitragszahlungsdauer gemäß § 21 Absatz 4 der Versicherungsbedingungen entsprechend verlängern bzw. die Verlängerungsoption nach § 7 der Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten ausüben.

Eine derartige Verlängerung können Sie innerhalb von 12 Monaten verlangen, nachdem die gesetzliche Änderung in Kraft getreten ist.

Der neue Risikobeitrag für die Zusatzoption nach einer Verlängerung wird unter Berücksichtigung folgender Tatsachen errechnet:

- dem für Ihren Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung der Verlängerungsoption gültigen Tarif,
- dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter der versicherten Person,
- der verbleibenden Versicherungsdauer (inklusive Verlängerungslaufzeit)
  und
- einem eventuell bei Vertragsabschluss vereinbarten Zuschlag für den Risikobeitrag.

Wenn für die Zusatzoption Leistungseinschränkungen vereinbart sind, gelten diese auch für die hinzukommende Versicherungsdauer.

2 Risikobeiträge für vereinbarte Zusatzoptionen

Wenn Sie eine Zusatzoption vereinbart haben, berechnen wir für die Gewährung des Risikoschutzes einen gesonderten Risikobeitrag.

Der Risikobeitrag errechnet sich nach anerkannten versicherungsmathematischen Prinzipien mit den zum Vertragsabschluss von Ihrem GENERATION private plus gültigen Wahrscheinlichkeitstafeln.

Die Risikobeiträge werden in Form eines festen monatlichen bzw. je nach Zahlweise vierteljährlichen, halbjährlichen oder jährlichen Eurobetrags von jeder Beitragszahlung vor Zuteilung von Anteilen in Abzug gebracht.

Während der Dauer eines Versicherungsfalls aus der Berufsunfähigkeitszusatzoption fallen keine Beitragsanteile für den Risikoschutz aus dieser Zusatzoption an.

Wenn der Versicherungsschutz aus einer vereinbarten Zusatzoption endet, fallen keine Risikobeiträge mehr für diese Zusatzoption an und es werden keine Beitragsanteile für den Risikoschutz mehr von Ihren Beiträgen in Abzug gebracht.

3 Können Sie Zusatzoptionen auch noch während der Aufschubzeit ein- oder ausschließen?

Eine Zusatzoption kann sowohl bei Vertragsschluss als auch während der Aufschubzeit vereinbart werden. Der nachträgliche Einschluss einer Zusatzoption, während der Aufschubzeit ist von einer gesonderten Risikoprüfung abhängig.

Eine einmal vereinbarte Zusatzoption kann während der Versicherungsdauer auch wieder ausgeschlossen werden, sofern noch kein Versicherungsfall dazu eingetreten ist. Nach dem Ausschluss einer Zusatzoption werden keine Beitragsanteile für den Risikoschutz mehr von Ihren Beiträgen in Abzug gebracht.

§ 8 Welche Risikoausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es bei den Zusatzoptionen?

1 Allgemeine Ausschlüsse

a) Grundsätzlich leisten wir für Versicherungsfälle, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, unabhängig davon, wo und wodurch es zum Versicherungsfall gekommen ist. Wir gewähren Versicherungsschutz auch dann, wenn der Versicherungsfall bei der versicherten Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen eingetreten ist. Innere Unruhen sind gegeben, wenn zahlenmäßig nicht unerhebliche Teile der Bevölkerung in einer die öffentliche Ruhe und Ordnung störenden Weise in Bewegung geraten und Gewalt gegen Personen oder Sachen verüben.

Wir werden aber nicht leisten, wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person verursacht worden ist

aa) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens von Ihnen oder einer versicherten Person;

bb) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall oder absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wir werden aber leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

cc) durch Selbsttötung innerhalb von drei Jahren nach Beginn des Schutzes oder nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil. Wir werden aber leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Selbsttötung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist;

dd) ganz oder teilweise durch eine Ansteckung mit einem HIV-Immunschwächevirus oder wenn der Versicherungsfall in Zusammenhang mit einem erworbenen Immundefektsyndrom (Aids) oder einer ähnlichen Immunschwächekrankheit oder einem damit verbundenen Syndrom steht.

Wir werden aber im Todesfall leisten, wenn nachgewiesen wird, dass die Ansteckung mit HIV nach Beginn des Schutzes oder, bezogen auf den erhöhten Teil, nach Erhöhung des Schutzes entstanden ist;

ee) durch Strahlen aufgrund von Kernenergie. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgte.

b) Unsere Leistungspflicht entfällt, wenn der Versicherungsfall bei der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen verursacht wird. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherungsfall bei der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wird, denen sie bzw. es während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

c) Außer im Todesfall leisten wir auch dann nicht, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch eingetreten ist. Wir leisten aber, wenn die Medikamente, die zur Abhängigkeit geführt haben, durch einen qualifizierten Arzt verschrieben und unter dessen Anleitung eingenommen wurden.

2 Besondere Ausschlüsse für die Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten

Für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten gelten ausschließlich die in § 8 der Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten geregelten Ausschlüsse.

3 Besondere Ausschlüsse für die Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

Für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gelten ausschließlich die in § 7 der Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit geregelten Ausschlüsse.

§ 9 In welche Fonds können Sie investieren? Wie erfolgt die Anlage? Wie werden die Fonds verwaltet? Wie werden die Fonds angelegt?

1 Fonds

a) Allgemeine Grundsätze

Wir stellen eine Reihe von Fonds für den GENERATION private plus bereit, in denen die Beiträge angelegt werden können. Die zur Verfügung stehenden Fonds sind in den Fondsinformationen aufgeführt, die in den Informationen zum GENERATION private plus in Abschnitt I. „Besondere Informationen für Ihren GENERATION private plus“, abgedruckt sind.

Weitere Erläuterungen zum GENERATION UWP-Fonds III finden Sie auch in der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III. Darüber hinaus befinden sich weitere Informationen zu den Fonds in dem jeweiligen Dokument „Anlageoption“.

Innerhalb Ihres Vertrags können gleichzeitig maximal 40 unterschiedliche Fonds gehalten werden. Der Mindestbeitrag je Fonds beträgt 1 % Ihres Beitrags. Eine Aufteilung der Anlage auf mehrere Fonds kann nur in vollen Prozentsätzen erfolgen.

Anteile der Fonds dienen nur der Kapitalanlage Ihrer Beiträge und der Berechnung der Leistungen. Die Anteile oder die den Fonds zugrunde liegenden Kapitalanlagen können weder auf Sie noch auf eine andere bezugsberechtigte Person übertragen werden. Dies gilt auch dann, wenn sie auf der Basis handelbarer Anteile beruhen. Obwohl es sich um eine fondsgebundene Rentenversicherung handelt, besteht nur Anspruch auf Geldleistungen.

Die vereinbarten Leistungen werden ausschließlich in Euro erbracht. Bei Fremdwährungsfonds werden die Ausgabe- und Rücknahmekurse zum jeweiligen Stichtag in Euro umgerechnet. Sie können zwischen Canada Life-Fonds und Publikumsfonds wählen.

b) Canada Life-Fonds

Canada Life-Fonds werden nicht von einer Kapitalverwaltungsgesellschaft aufgelegt, sondern von uns selbst.

Als betreuende Fondsgesellschaft bezeichnen wir die jeweilige Kapitalverwaltungsgesellschaft, die den Publikumsfonds, in welchen die Canada Life-Fonds investieren, auflegt oder den Fonds der Canada Life verwaltet.

c) Publikumsfonds

Publikumsfonds sind zum öffentlichen Handel zugelassene Investmentfonds, die von einer Fondsgesellschaft aufgelegt und verwaltet werden.

2 Fondsverwaltung

a) Canada Life-Fonds

Für jeden Canada Life-Fonds führen wir ein eigenes Anlagenkonto. Jeder Fonds ist in gleichwertige Anteile aufgeteilt. Wir können die Anteile jedes Fonds nach billigem Ermessen jederzeit zusammenfassen oder unterteilen, jedoch nur so, dass sich für keinen Vertrag Wertänderungen ergeben.

Innerhalb eines Fonds haben alle Anteile denselben Wert. Die Anzahl der Anteile eines Fonds ist grundsätzlich nicht beschränkt.

In einem Fonds dürfen jedoch nur dann neue Anteile geschaffen werden, wenn dem Fonds gleichzeitig Vermögenswerte, die diesen Fondsanteilen entsprechen, zugeführt werden. Dem Fonds dürfen nur dann Vermögenswerte ent-

nommen werden, wenn gleichzeitig eine Anzahl von Fondsanteilen, die diesen Vermögenswerten entspricht, aufgelöst wird. Für den GENERATION UWP-Fonds III gelten besondere Regelungen (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III, § 5).

Wir erwerben die in den Fonds enthaltenen Vermögensgegenstände mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns. Wir handeln bei der Wahrnehmung unserer Fondsverwaltungs- und Investmentaufgaben ausschließlich im Interesse unserer Versicherungsnehmer. Wir sind berechtigt, mit den von Ihnen gezahlten Beiträgen die Anlagewerte zu erwerben, diese wieder zu veräußern und den Erlös in andere Vermögenswerte anzulegen. Wir sind ferner ermächtigt, alle sich aus der Verwaltung und Anlage der Vermögenswerte ergebenden sonstigen Rechtshandlungen vorzunehmen oder eine Fondsgesellschaft mit der Verwaltung und Anlage nach unseren Vorgaben zu beauftragen.

Uns obliegen insbesondere die folgenden Aufgaben:
- die Vermögensgegenstände zu verwahren und zu verwalten;
- nicht verwahrungsfähige Vermögensgegenstände laufend zu überwachen;
- den Wert der Anteile und des Anteilguthabens zu ermitteln.

b) Publikumsfonds

Die Fondsverwaltung der Publikumsfonds obliegt der auflegenden Fondsgesellschaft.

3 Anlagegrundsätze

Die derzeitigen Anlageziele der einzelnen Fonds sind, in dem zu dem jeweiligen Fonds gehörenden Dokument „Anlageoption“ beschrieben.

a) Canada Life-Fonds

Wir dürfen im Rahmen der Anlagegrundsätze des jeweiligen von uns aufgelegten Fonds festlegen, welche Vermögensgegenstände für die Fonds erworben oder veräußert werden. Die Gestaltung der Vermögensanlage kann durch uns oder durch von uns beauftragte Dritte erfolgen. Es dürfen dabei Techniken und Instrumente zur Anlage im Rahmen der für uns geltenden gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Alle Fonds sind thesaurierend, d.h. Erträge von Vermögenswerten werden wieder innerhalb des Fonds angelegt. Bei der Vermögensanlage haben wir die für den jeweiligen Fonds festgelegten Grenzen und Beschränkungen zu beachten.

Die Zusammensetzung des jeweiligen Fondsvermögens ist in den Fondsinformationen in den Ihnen vor Vertragsschluss überlassenen Informationen unter dem Abschnitt I „Besondere Informationen für Ihren GENERATION private plus“ aufgeführt.

b) Publikumsfonds

Die Gestaltung der Vermögensanlage erfolgt durch die Fondsgesellschaft, die den Publikumsfonds auflegt.

4 Kosten und Aufwendungen, die innerhalb der Fonds anfallen

Innerhalb der Fonds entstehen Kosten und Aufwendungen, die nicht bereits durch die Fondsverwaltungsgebühr abgegolten sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um Kosten und Gebühren, die durch Kauf, Verkauf, Bewertung, Verwahrung oder Übertragung von Vermögenswerten entstehen, um Kosten und Gebühren von Dritten, die mit dem Management, der Bewertung und der Prüfung der Vermögenswerte in den Fonds betraut sind, sowie um Zahlungen und Aufwendungen, welche sich aus der Kreditaufnahme für Rechnung eines Fonds ergeben.

Innerhalb eines Fonds können zudem externe, von uns oder von der betreuenden bzw. auflegenden Fondsgesellschaft nicht beeinflussbare Kosten entstehen, die im Zusammenhang mit den Vermögenswerten, Transaktionen oder Erträgen des Fonds stehen oder bezogen auf diese anfallen. Hierbei handelt es sich insbesondere um Steuerzahlungen (z.B. Körperschaftsteuer auf Kapitalerträge, Kapitalertragsteuer und sonstige Quellensteuern, Umsatzsteuer sowie Steuern und Abgaben auf Transaktionen des Fonds).

Diese internen Fondskosten werden in ihrer jeweils anfallenden Höhe in derselben Weise wie die Fondsverwaltungsgebühr dem Fonds belastet, d.h., es werden dem Fonds Vermögensgegenstände im entsprechenden Umfang entnommen. Dadurch mindern die internen Fondskosten mittelbar auch den Wert der Anteile, wirken sich aber nicht auf die Anzahl der ausgegebenen und einem Vertrag zugewiesenen Anteile aus.

§ 10 Können die Fonds geändert werden?

1 Canada Life-Fonds

Bezüglich der von uns aufgelegten Fonds behalten wir uns das Recht vor, weitere Fonds einzurichten oder vorhandene Fonds zu unterteilen, vollständig oder für die Investition neuer Beiträge bzw. Umschichtungen zu schließen, zusammenzulegen, die Anlagegrundsätze zu ändern oder die betreuende Fondsgesellschaft zu wechseln.

Eine Änderung eines in der Fondsinformation beschriebenen Fonds ist nur dann möglich, wenn nach der Änderung des Fonds die Risikoklasse des Fonds unverändert bleibt oder wir Ihnen einen neuen Fonds für eine entsprechende Risikoklasse anbieten.

Schließen wir einen Fonds vollständig, in den Ihre Beiträge investiert wurden, so werden wir die Erträge aus der Veräußerung der Anteile des geschlossenen Fonds in den Fonds „Geldwerte Europa II“ oder einen Canada Life-Fonds mit einer dem Fonds „Geldwerte Europa II“ vergleichbaren Risikoklasse einbringen. Entsprechend werden wir verfahren, falls ein Fonds für die Investition neuer Beiträge geschlossen wird.

2 Publikumsfonds

Aufgrund von Umständen, die wir nicht immer beeinflussen können, kann es erforderlich sein, dass wir einen im Rahmen des GENERATION private plus zur Auswahl angebotenen Publikumsfonds ersetzen. Dies können beispielsweise folgende Umstände sein:

- Ein Publikumsfonds wird von der auflegenden Fondsgesellschaft geschlossen oder aufgelöst;
- Die auflegende Fondsgesellschaft stellt den Kauf und Verkauf von Anteilen des Fonds ein;
- Die Entwicklung eines Publikumsfonds war erheblich schlechter als der Marktdurchschnitt vergleichbarer Fonds;
- Das Anteilguthaben aller Versicherungsnehmer, die in einen Publikumsfonds investieren, beträgt länger als sechs Monate weniger als 100.000 EUR (angepasst an die Inflationsrate ab 01.01.2024);
- Die Anlagestrategie eines Publikumsfonds wird durch auflegende Fondsgesellschaft geändert;
- Ein Publikumsfonds wird von einem bedeutenden Ratingunternehmen erheblich abgewertet;
- Wir beenden die Zusammenarbeit mit der jeweiligen Fondsgesellschaft.

Wir behalten uns daher das Recht vor, einen im Rahmen des GENERATION private plus zur Auswahl angebotenen Publikumsfonds durch den Fonds „Geldwerte Europa II“ oder einen Canada Life-Fonds mit einer dem Fonds „Geldwerte Europa II“ vergleichbaren Risikoklasse zu ersetzen und für die Investition

neuer Beiträge bzw. Umschichtungen zu schließen und die für diesen Fonds vorhandenen Anteilguthaben auf den Ersatzfonds zu übertragen.

3 Allgemein

Wenn wir einen Fonds ersetzen, einen Fonds vollständig oder für die Investition neuer Beiträge schließen, werden wir Sie darüber informieren.

Sie haben dann die Möglichkeit eines kostenlosen Fondswechsels in andere zur Verfügung stehende Fonds des GENERATION private plus.

§ 11 Wie werden für Ihre Beiträge Anteile zugeteilt?

1 Grundprinzipien für die Berechnung der Zuteilung

Jeder Beitrag wird in Anteile entsprechend Ihrer Anlageentscheidung nach Maßgabe der nachstehenden Absätze zu dem maßgeblichen Ausgabekurs der/des gewählten Fonds gemäß §§ 12 und 13 umgewandelt. Die Anzahl der dem Anteilguthaben Ihres Vertrags zuzuführenden Anteile errechnet sich durch Division des zugewiesenen Beitrags oder des zugewiesenen Beitragsteils, der in einen bestimmten Fonds investiert werden soll, durch den maßgeblichen Ausgabekurs, der an dem Tag oder spätestens bis zum fünften darauffolgenden Werktag gilt, mit dessen Wertstellung gemäß § 15 wir Ihre Beiträge erhalten. Bei der Berechnung der Anzahl der Anteile, die Ihrem GENERATION private plus zugeteilt werden, dürfen wir auf ein Zehntausendstel eines Anteils runden. Rundungen erfolgen gemäß kaufmännischen Regeln.

2 Zuteilungssätze bei Verträgen mit laufenden Beiträgen

a) Differenzierung nach Beitragszahlungsdauer

Der für Verträge mit laufenden Beiträgen maßgebliche Zuteilungssatz hängt von dem jeweiligen Versicherungsjahr und von der vereinbarten Beitragszahlungsdauer (aufgerundet auf das nächste volle Jahr) ab. Für die Berechnung des Zuteilungssatzes werden nur solche Zeiträume berücksichtigt, für die tatsächliche Beitragszahlungen erfolgt sind. Wenn Sie Ihren Vertrag befristet oder unbefristet beitragsfrei stellen, werden die Zeiträume der Beitragsfreistellung nicht als Zeiträume der tatsächlichen Beitragszahlung berücksichtigt. Bitte beachten Sie §§ 23 und 24.

b) Auswirkungen des Risikobeitrags für eine gegebenenfalls vereinbarte Zusatzoption

Der für die Zuteilung zur Verfügung stehende Betrag hängt davon ab, ob Sie Zusatzoptionen vereinbart haben.

In einem solchen Fall ziehen wir den Risikobeitrag für die jeweilige Zusatzoption zunächst von Ihrem Beitrag ab und der verbleibende Betrag wird bei der Anwendung der Zuteilungssätze gemäß diesem Absatz 2 und den Absätzen 3 und 4 berücksichtigt. Sollte der Versicherungsschutz aus der vereinbarten Zusatzoption enden und somit der Risikobeitrag hierfür entfallen, wird der gesamte Beitrag bei der Anwendung der Zuteilungssätze entsprechend berücksichtigt. Letzteres gilt auch, wenn wir während der Dauer eines Versicherungsfalls die Beitragszahlung für Sie übernehmen.

c) Verringerter Zuteilungssatz für laufende Beiträge in den ersten 5 Versicherungsjahren

In der nachfolgend unter e) dargestellten Tabelle geben wir die verringerten Zuteilungssätze an, die für die in den ersten 10 Versicherungsjahren gezahlten Beiträge gelten. Die nicht zugeteilten Anteile Ihres Beitrags dienen der Tilgung der für die ersten 5 Versicherungsjahre anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten und der für die ersten 10 Versicherungsjahre anfallenden Fixkosten Ihres Vertrags. Aufgrund dessen wird von Ihren auf die ersten 5 Versicherungsjahre gezahlten Beiträgen ein höherer Beitragsanteil zur Deckung der genannten Kosten verwendet als von den auf die Versicherungsjahre 6 bis 10 gezahlten Beiträgen.

In der unter e) dargestellten Tabelle sind die verringerten Zuteilungssätze aufgrund beider Kosten in Spalte A und in Spalte C berücksichtigt. Die in diesen beiden Spalten angegebenen Zuteilungssätze gelten für die auf die ersten 5 Versicherungsjahre gezahlten Beiträge.

d) Verringerter Zuteilungssatz für laufende Beiträge in den Versicherungsjahren 6 bis 10

Ab dem 6. Versicherungsjahr erhöhen sich die Zuteilungssätze, da keine Abschluss- und Vertriebskosten mehr getilgt werden müssen. Die in Spalte B und Spalte D in der unter e) dargestellten Tabelle angegebenen Zuteilungssätze berücksichtigen also nur noch die Tilgung der Fixkosten. Die in diesen beiden Spalten angegebenen Zuteilungssätze gelten für die auf die Versicherungsjahre 6 bis 10 gezahlten Beiträge.

e) Verringerte Zuteilungssätze in den Versicherungsjahren 1 bis 10

	A	B		C	D
Vereinbarte Beitragszahlungsdauer in Jahren	Versicherungsjahre 1 - 5	Versicherungsjahre 6 - 10	Vereinbarte Beitragszahlungsdauer in Jahren	Versicherungsjahre 1 - 5	Versicherungsjahre 6 - 10
5	95,000 %	–	15	69,350 %	95,000 %
6	93,290 %	95,000 %	16	68,400 %	90,250 %
7	91,390 %	95,000 %	17	67,450 %	90,250 %
8	89,300 %	95,000 %	18	66,500 %	90,250 %
9	87,020 %	95,000 %	19	65,550 %	90,250 %
10	84,550 %	95,000 %	20	64,600 %	85,500 %
11	81,890 %	95,000 %	21	63,650 %	85,500 %
12	72,200 %	71,750 %	22	62,700 %	85,500 %
13	71,250 %	95,000 %	23	61,750 %	85,500 %
14	70,300 %	95,000 %	24	60,800 %	85,500 %

	A	B		C	D
Vereinbarte Beitragszahlungsdauer in Jahren	Versicherungsjahre 1 - 5	Versicherungsjahre 6 - 10	Vereinbarte Beitragszahlungsdauer in Jahren	Versicherungsjahre 1 - 5	Versicherungsjahre 6 - 10
25	59,850 %	83,600 %	33	52,250 %	83,600 %
26	58,900 %	83,600 %	34	51,300 %	83,600 %
27	57,950 %	83,600 %	35	50,350 %	83,600 %
28	57,000 %	83,600 %	36	49,400 %	83,600 %
29	56,050 %	83,600 %	37	48,450 %	83,600 %
30	55,100 %	83,600 %	38	47,500 %	83,600 %
31	54,150 %	83,600 %	39	46,550 %	83,600 %
32	53,200 %	83,600 %	40+	45,600 %	83,600 %

f) **Zuteilungssatz für laufende Beiträge ab dem elften Versicherungsjahr**
Laufende Beiträge, die auf das 11. und folgende Versicherungsjahre gezahlt werden, erhalten einen Zuteilungssatz von mindestens 93,219 % des Beitrags.

3 Zuteilungssätze für außerplanmäßige Beitragserhöhungen

Wenn Sie sich für eine außerplanmäßige Beitragserhöhung gemäß § 21 Absatz 1 entscheiden, erfolgt die Zuteilung für den erhöhten Beitragsanteil gesondert aufgrund der in den Absätzen 1 und 2 festgesetzten Regeln, jedoch unter Berücksichtigung der entsprechend kürzeren Beitragszahlungsdauer der jeweiligen außerplanmäßigen Erhöhung.

Die verbleibende Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum zwischen dem Zeitpunkt der Berechnung und dem vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsende. Die Sätze 1 bis 2 gelten bei mehreren Erhöhungen entsprechend.

4 Zuteilungssätze für planmäßige Beitragserhöhungen und Beitragserhöhungen während der Startphase

Die Zuteilungssätze für planmäßige Beitragserhöhungen gemäß § 21 Absatz 2 richten sich grundsätzlich während der gesamten Beitragszahlungsdauer nach den Zuteilungssätzen für den gemäß den Absätzen 1 und 2 festgelegten Zuteilungssatz des ursprünglichen Jahresbeitrags, jedoch unter Berücksichtigung der entsprechend kürzeren Beitragszahlungsdauer der jeweiligen planmäßigen Erhöhung. Wenn Sie die Startoption gemäß § 22 vereinbart haben, gilt das entsprechend für jährliche Beitragserhöhungen während der Startphase.

Folgt eine planmäßige Beitragserhöhung einer außerplanmäßigen Beitragserhöhung, so ist während der verbleibenden Beitragszahlungsdauer der außerplanmäßig erhöhte Beitragsanteil zuzüglich des ursprünglichen Jahresbeitrags für den Zuteilungssatz maßgeblich. Vorherige planmäßige Beitragserhöhungen werden dagegen nicht berücksichtigt.

5 Zuteilungssätze nach Beitragsreduzierungen

Wenn Sie Ihren Beitrag gemäß § 21 Absatz 1 reduzieren, hat dies keine Auswirkungen auf die Beitragszuteilung gemäß den zuvor geltenden Regelungen.

6 Zuteilungssätze für Einmalbeiträge oder Zuzahlungen

a) **Zuteilungssätze für Einmalbeitragsverträge mit einer Aufschubzeit von mindestens 10 Jahren**
Bei einem GENERATION private plus mit Einmalbeitrag und einer vereinbarten Aufschubzeit von mindestens 10 Jahren oder bei Zuzahlung in einen dementsprechenden Einmalbeitragsvertrag werden die Anteile mit einem Zuteilungssatz von mindestens 91,200 % je Einmalbeitrag oder Zuzahlung zugeteilt.

b) **Zuteilungssätze für Einmalbeitragsverträge mit einer Aufschubzeit von weniger als 10 Jahren**
Bei einem GENERATION private plus mit Einmalbeitrag und einer vereinbarten Aufschubzeit von weniger als 10 Jahren oder bei Zuzahlung in einen dementsprechenden Einmalbeitragsvertrag ist die Zuteilung abhängig von der vereinbarten Aufschubzeit (aufgerundet auf das nächste volle Jahr). Hierfür gilt folgendes:

Vereinbarte Aufschubzeit in Jahren	Zuteilungssatz
5	95,000 %
6	94,530 %
7	94,050 %
8	93,580 %
9	93,100 %

§ 12 Welcher Kurs wird für die Zuteilung und Auflösung von Anteilen verwendet?

Bei der Ermittlung des Wertes eines Anteils wird unterschieden zwischen Ausgabekurs und Rücknahmekurs. Die Zuteilung der Anteile erfolgt zum Ausgabekurs und deren Auflösung zum Rücknahmekurs.

Der Ausgabe- sowie der Rücknahmekurs entsprechen sich im Rahmen des GENERATION private plus insoweit als kein Rücknahmeabschlag erhoben wird.

Eine Ermittlung des Ausgabe- bzw. Rücknahmekurses findet höchstens täglich und mindestens einmal pro Woche bzw. für den GENERATION UWP-Fonds III mindestens einmal pro Monat statt (Bewertungsstichtag). Bei der Berechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmekurses dürfen wir auf ein Hundertstel eines Euros runden. Rundungen erfolgen gemäß kaufmännischen Regeln.

Bei Publikumsfonds ist der jeweilige Ausgabe- bzw. Rücknahmekurs maßgeblich, den wir an den entsprechenden Stichtagen gemäß § 15 für den Kauf bzw. Verkauf von Anteilen erhalten.

Sowohl bei Canada Life-Fonds als auch bei Publikumsfonds fällt kein Ausgabeaufschlag an.

§ 13 Wie wird der Fondswert von Canada Life-Fonds ermittelt?

1 Ermittlung des Fondswertes

Der jeweilige Fondswert sowie der Ausgabe- bzw. Rücknahmekurs der Anteile der Canada Life-Fonds wird durch uns unter Anwendung der in den nachstehenden Absätzen 2 und 3 festgelegten Regeln ermittelt. Es gelten besondere Regelungen für die Ermittlung des Fondswertes des GENERATION UWP-Fonds III (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III).

2 Basis für die Berechnung

Die Basis der Berechnung der Fondswerte und der Ausgabe- bzw. Rücknahmekurse hängt davon ab, ob zum Zeitpunkt der Berechnung davon ausgegangen wird, dass der jeweilige Fonds wächst oder schrumpft:

a) Der jeweilige Fonds wächst, wenn innerhalb eines angemessenen Zeitraums insgesamt mehr Anteile an Versicherungsnehmer des GENERATION private plus zugeteilt als aufgelöst werden. In diesem Fall berechnen wir den Wert des dem Fonds zugrunde liegenden Vermögens gemäß Absatz 3. Um die anderen schon am Fonds beteiligten Versicherungsnehmer nicht unangemessen mit Anschaffungskosten zu belasten, zählen wir die gegebenenfalls anfallenden Anschaffungskosten dieser Vermögenswerte hinzu (der „Ausgabe-Fondswert“).

b) Der jeweilige Fonds schrumpft, wenn innerhalb eines angemessenen Zeitraums insgesamt mehr Anteile aufgelöst als zugeteilt werden. In diesem Fall berechnen wir den Wert des dem Fonds zugrunde liegenden Vermögens gemäß Absatz 3. Um die anderen schon am Fonds beteiligten Versicherungsnehmer nicht unangemessen mit Veräußerungskosten zu belasten, ziehen wir die gegebenenfalls anfallenden geschätzten Veräußerungskosten dieser Vermögenswerte ab (der „Rücknahme-Fondswert“).

Wir nennen den Ausgabe- bzw. Rücknahme-Fondswert kurz den „Fondswert“.

3 Berechnung des zugrunde liegenden Vermögens

Für die Berechnung des einem Fonds zugrunde liegenden Vermögens werden folgende Werte verwendet:

- Für alle im Fonds enthaltenen, an einer Börse notierten Vermögenswerte wird der Börsenwert zugrunde gelegt. Wächst der Fonds gemäß Absatz 2 a), wird der Kaufpreis des notierten Wertes verwendet. Schrumpft der Fonds gemäß Absatz 2 b), wird der Verkaufspreis des notierten Wertes verwendet.
- Der Wert von allen im Fonds enthaltenen Grundstücken und Immobilien wird aufgrund von Gutachten festgelegt, die beauftragte Gutachter erstellen und beglaubigen. Dabei werden Abweichungen des Wertes, die seit der Erstellung des Gutachtens gegebenenfalls eingetreten sind, nach ordentlicher kaufmännischer Praxis berücksichtigt.
- Eingegangene oder aufgelaufene Kapitalerträge, Zinsen oder Dividenden sowie noch nicht angelegtes Bargeld werden berücksichtigt.
- Für alle anderen im Fonds enthaltenen Vermögenswerte (z. B. nicht notierte Aktien) werden die nach ordentlicher kaufmännischer Praxis geschätzten Werte verwendet.
- Der Wert von allen im Fonds enthaltenen Anteile an Publikumsfonds wird anhand ihres zuletzt veröffentlichten und verfügbaren Rücknahmekurses festgelegt.

Wenn ein Vermögenswert in einer anderen Währung als Euro notiert ist, werden bei der Umrechnung in Euro die aktuellen marktüblichen Wechselkurse zugrunde gelegt.

§ 14 Was ist Ihr Anteilguthaben? Wie wird der Wert Ihres Anteilguthabens berechnet?

Das Anteilguthaben Ihres Vertrags besteht aus der Summe aller zu dem jeweiligen Zeitpunkt dem Vertrag zugewiesenen Anteile aus gegebenenfalls mehreren unterschiedlichen Fonds.

Der Wert Ihres Anteilguthabens ergibt sich aus der Summe aller zu dem jeweiligen Zeitpunkt zugewiesenen Anteile multipliziert mit den jeweiligen Rücknahmekursen.

Für die in den GENERATION UWP-Fonds III investierten Anteile wird der tatsächliche Wert des UWP-Anteilguthabens gemäß § 5 der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III berechnet.

Der Eintritt von außergewöhnlichen Umständen kann eine Bewertung der zugrunde liegenden Vermögenswerte bzw. die Ermittlung eines Anteilspreises unmöglich machen. Beispiele sind die Aussetzung des Handels der den Fonds zugrunde liegenden Vermögenswerte, die Schließung einer relevanten Börse oder das Einfrieren der den Fonds zugrunde liegenden Bargelder. In solchen Fällen müssen wir bei der Berechnung des Anteilguthabens die betroffenen Vermögenswerte bzw. Anteile außer Acht lassen. Sobald die entsprechenden außergewöhnlichen Umstände nicht mehr bestehen, wird Canada Life zu diesem Zeitpunkt eine Bewertung der zuvor unberücksichtigten Vermögenswerte bzw. Anteile durchführen und gegebenenfalls eine entsprechende Auszahlung bzw. Erhöhung der Rentenzahlung vornehmen.

§ 15 Welche Stichtage sind für die Berechnung des Ausgabe- und des Rücknahmekurses maßgeblich?

1 Stichtag für die Zuteilung der Anteile

Für die Zuteilung der Anteile legen wir den Ausgabekurs zugrunde, der an dem Tag oder spätestens bis zum fünften darauffolgenden Werktag gilt, mit dessen Wertstellung wir Ihre Beiträge erhalten, um die nötigen Vermögenswerte für Canada Life-Fonds bzw. Anteile von Publikumsfonds kaufen zu können. § 18 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend. Sollte der Stichtag auf einen Tag fallen, der kein Bewertungsstichtag ist, so gilt der nächste Bewertungsstichtag gemäß § 12.

2 Stichtag für die Auflösung der Anteile

Zur Bestimmung Ihres Anteilguthabens legen wir die Rücknahmekurse zum Ende des jeweiligen Stichtages wie folgt zugrunde, um die nötigen Vermögenswerte der Canada Life-Fonds bzw. Anteile von Publikumsfonds verkaufen zu können:

a) Bei Tod der versicherten Person innerhalb von 5 Werktagen nach dem Tag des Eingangs der Mitteilung.
b) Wenn Sie kündigen, am Kündigungstermin, frühestens jedoch innerhalb von 5 Werktagen nach dem Tag, der dem Tag des Eingangs Ihrer Kündigung folgt.
c) Im Versicherungsfall bei bestimmten schweren Krankheiten innerhalb von 5 Werktagen nach dem Tag des Eingangs der nach § 31 Absatz 3 erforderlichen Unterlagen.
d) Wenn wir uns zustehende Rechte auf Anfechtung, Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung ausüben, innerhalb von 5 Werktagen nach unserer hierauf bezogenen Erklärung.
e) Bei Rentenbeginn (auch bei Teilverrentung) innerhalb von 5 Werktagen nach dem Tag des Rentenbeginns.
f) Bei Auflösung von Anteilen zur Deckung von Gebühren gemäß § 27 monatlich innerhalb von 5 Werktagen nach dem Tag des Monats, der dem Fälligkeitstermin Ihres ersten Beitrags entspricht.

Sollte der Stichtag auf einen Tag fallen, der kein Bewertungsstichtag ist, so gilt der nächste Bewertungsstichtag gemäß § 12.

§ 16 Wie können Sie Ihre Fondsauswahl oder die Beitragsaufteilung ändern? Können Sie statt des Automatischen Portfolio Managements eine andere Fondsauswahl treffen?

1 Fondswechsel

Sie können uns jederzeit beauftragen, die vorhandenen Anteile in Ihrem Anteilguthaben vollständig oder teilweise in andere von uns zu diesem Zeitpunkt angebotene Fonds umzuschichten (Fondswechsel oder Umschichtung). Bitte beachten Sie jedoch die Einschränkungen bezogen auf einen Fondswechsel in den GENERATION UWP-Fonds III (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III). Dabei werden die jeweiligen bisherigen Anteile zum Rücknahmekurs in Anteile der neu gewählten Fonds zum Rücknahmekurs übertragen. Jährlich sind bis zu 20 Umschichtungen kostenfrei. Für weitere Wechsel wird eine Gebühr gemäß § 27 Absatz 7 erhoben. In diesem Fall wird der Wert der aufgelösten Anteile zum Rücknahmekurs zugrunde gelegt. Die Zuweisung erfolgt innerhalb der nächsten 5 Werktage nach Eingang der Aufforderung in Textform bei uns, um die nötigen Vermögenswerte der Canada Life-Fonds bzw. Anteile von Publikumsfonds kaufen und verkaufen zu können.

Sollte der Stichtag auf einen Tag fallen, der kein Bewertungsstichtag ist, so gilt der nächste Bewertungsstichtag gemäß § 12.

Wir sind nicht zur Durchführung eines Fondswechsels verpflichtet, wenn dies aufgrund gesetzlicher oder behördlicher Regelungen nicht möglich ist oder dieser Fondswechsel die Interessen anderer Versicherungsnehmer nachteilig beeinflussen kann.

2 Änderung der Beitragsaufteilung

Sie können die Aufteilung der zukünftigen Beiträge auf von Ihnen bestimmte, zur Verfügung stehende Fonds mit einer Frist von 5 Werktagen zur nächsten Beitragsfälligkeit ändern. Der Beitragsanteil am GENERATION UWP-Fonds III kann in den letzten 12 Jahren vor aktuellem Rentenbeginn jedoch nicht mehr erhöht werden. Bitte beachten Sie die weiteren Einschränkungen in Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III. maßgeblich ist der Eingang der Aufforderung in Textform bei uns. Bitte beachten Sie jedoch, dass innerhalb Ihres Vertrags nicht mehr als 40 Fonds gleichzeitig gehalten werden können und dass der Beitragsanteil, der für einen Fonds bestimmt ist, nicht weniger als 1 % Ihres Beitrags betragen darf. Bei Änderung der Beitragsaufteilung fallen keine Gebühren an.

3 Automatisches Portfolio Management (APM)

Sie können zu Versicherungsbeginn oder jederzeit vor Rentenbeginn mit einer Frist von 5 Werktagen zur nächsten Beitragsfälligkeit die Beitragsanlage über das Automatische Portfolio Management (siehe Anlage D – Automatisches Portfolio Management (APM)) wählen. Sie können das APM mit Einzelfonds kombinieren. Das APM kann auch zusammen mit dem GENERATION UWP-Fonds III gewählt werden. Ihre Wahl wird Ihnen in Ihrem Versicherungsschein oder gegebenenfalls in einem Nachtrag bestätigt.

Sie können auch das APM mit einer Frist von 5 Werktagen zur nächsten Beitragsfälligkeit beenden. Die Beiträge werden dann entsprechend Ihren individuellen Vorstellungen in die dann zur Verfügung stehenden Fonds des GENERATION private plus angelegt. Bei Wahl des GENERATION UWP-Fonds III sind die hierfür bestehenden Einschränkungen zu beachten (s. Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III). Maßgeblich ist der Eingang der Aufforderung in Textform bei uns.

§ 17 Wann kommen Sie in den Genuss eines Treuebonus?

1 Wesen der Treueboni

Wir teilen Ihrem GENERATION private plus nach Maßgabe der nachstehenden Absätze während der Aufschubzeit zusätzliche Anteile als Treueboni zu. Ziel der Treueboni ist es, die Auswirkung der Kostenbelastung auf Ihren Vertrag zu reduzieren. Die Anzahl der jeweils als Treuebonus zu gewährenden Anteile berechnen wir als Prozentsatz der Ihrem GENERATION private plus am maßgeblichen Stichtag zugeteilten Anteile. Der Wert des jeweiligen Treuebonus und die mit den Treueboni verfolgte Kostenreduzierung ist abhängig von der Wertentwicklung Ihres Vertrages, so dass sie entsprechend der Wertentwicklung unterschiedlich ausfallen kann. Die Treueboni kommen nur vertragstreuen Kunden zugute, die die Voraussetzungen dieses § 17 erfüllen.

Den jeweiligen Treuebonus gewähren wir nicht, wenn der für die Gewährung maßgebliche Stichtag nach einer Kündigung Ihres GENERATION private plus oder nach dem vorgezogenen Rentenbeginn liegt. Bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung kann ein Treuebonus auch nicht auf rückwirkend gezahlte Beiträge gewährt werden, wenn die Beitragszahlung erst nach dem Fälligkeitstag des Treuebonus erfolgt oder der für die Gewährung maßgebliche Stichtag in die Zeit einer Beitragsfreistellung oder einer befristeten Beitragsreduzierung nach den §§ 23 und 24 fällt.

2 Stichtag für Zuteilung und Höhe des Treuebonus bei laufenden Beiträgen

a) Laufender Treuebonus

Ab dem Ablauf des 1. Versicherungsjahres bis zum aktuellen Rentenbeginn teilen wir Ihrem GENERATION private plus mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres 0,6 % zusätzliche Anteile als Treuebonus zu.

b) Rententreueboni

Darüber hinaus teilen wir Ihrem GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen abhängig von der vereinbarten Aufschubzeit, frühestens ab dem vierten Jahr vor und zum ursprünglichen Rentenbeginn, zusätzliche Anteile als einmalige Rententreueboni zu. Wenn Sie den Rentenbeginn vorziehen, erhalten Sie also bei Ihrem GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen keinen weiteren Treuebonus.

Die Höhe des möglichen Treuebonus richtet sich nach der ursprünglich vereinbarten Aufschubzeit (aufgerundet auf volle Jahre). Wenn Sie den Rentenbeginn hinausschieben, beziehen sich die Angaben in der untenstehenden Tabelle unter Berücksichtigung der längeren Aufschubzeit auf den hinausgeschobenen Rentenbeginn. Dies gilt nicht, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt bereits Rententreueboni erhalten. Deren Zuteilung wird entsprechend der ursprünglich vereinbarten Aufschubzeit fortgesetzt. Für den verlängerten Vertragsanteil erfolgt dann keine erneute Zuteilung von Rententreueboni.

Die Anzahl der jeweils als Treuebonus zu gewährenden Anteile berechnen wir als Prozentsatz der auf Basis der gezahlten Beiträge am maßgeblichen Stichtag zugeteilten Anteile wie folgt:

Ursprünglich vereinbarte Aufschubzeit in Jahren	4 Jahre vor ursprünglichem Rentenbeginn	3 Jahre vor ursprünglichem Rentenbeginn	2 Jahre vor ursprünglichem Rentenbeginn	1 Jahr vor ursprünglichem Rentenbeginn	Zum ursprünglichen Rentenbeginn	Gesamt
unter 12					0,00 %	0,00 %
12			2,00 %	3,00 %	4,00 %	9,00 %
13		1,00 %	1,00 %	3,00 %	4,00 %	9,00 %
14	1,00 %	1,00 %	1,00 %	3,00 %	4,00 %	10,00 %
15 bis 19	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	10,00 %
20 bis 24	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	4,00 %	12,00 %
25 und mehr	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	6,00 %	14,00 %

3 Stichtag für Zuteilung und Höhe des Treuebonus bei Verträgen gegen Einmalbeitrag

Wir teilen Ihrem GENERATION private plus gegen Einmalbeitrag, abhängig von der vereinbarten Aufschubzeit (aufgerundet auf volle Jahre), frühestens ab dem vierten Jahr vor und zum ursprünglichen Rentenbeginn zusätzliche Anteile als einmalige Rententreueboni zu.

Wenn Sie den Rentenbeginn vorziehen, erhalten Sie also bei Ihrem GENERATION private plus gegen Einmalbeitrag keinen weiteren Treuebonus.

Die Höhe des möglichen Treuebonus richtet sich bei einem Einmalbeitrag nach der ursprünglich vereinbarten Aufschubzeit und bei einer Zuzahlung nach der verbleibenden Aufschubzeit ab dem Zeitpunkt der Zuzahlung.

Wenn Sie den Rentenbeginn hinausschieben, beziehen sich die Angaben in der untenstehenden Tabelle unter Berücksichtigung der längeren Aufschubzeit auf den hinausgeschobenen Rentenbeginn. Dies gilt nicht, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt bereits Rententreueboni erhalten. Deren Zuteilung wird entsprechend der ursprünglich vereinbarten Aufschubzeit fortgesetzt. Für den verlängerten Vertragsanteil erfolgt dann keine erneute Zuteilung von Rententreueboni.

Die Anzahl der jeweils als Treuebonus zu gewährenden Anteile berechnen wir als Prozentsatz der auf Basis des Einmalbeitrags bzw. einer Zuzahlung am maßgeblichen Stichtag zugeteilten Anteile wie folgt:

Ursprünglich vereinbarte bzw. verbleibende Aufschubzeit ab dem Zeitpunkt einer Zuzahlung in Jahren	4 Jahre vor ursprünglichem Rentenbeginn	3 Jahre vor ursprünglichem Rentenbeginn	2 Jahre vor ursprünglichem Rentenbeginn	1 Jahre vor ursprünglichem Rentenbeginn	Zum ursprünglichen Rentenbeginn	Gesamt
unter 6	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	4,00 %	8,00 %
6 bis 9	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	4,00 %	8,00 %
10 bis 14	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	4,00 %	8,00 %
15 bis 19	1,00 %	1,00 %	2,00 %	2,00 %	6,00 %	12,00 %
20 bis 24	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	8,00 %	16,00 %
25 bis 34	3,00 %	3,00 %	3,00 %	3,00 %	8,00 %	20,00 %
35 und mehr	3,00 %	3,00 %	4,00 %	4,00 %	10,00 %	24,00 %

§ 18 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

1 Einlösungsbeitrag, Folgebeiträge, ursprüngliche Beitragszahlungsdauer

Bei laufender Beitragszahlung ist der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) zur Zahlung fällig, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt haben, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Die laufenden Beiträge zu Ihrem Versicherungsvertrag können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichten. Die jeweilige Fälligkeit des Folgebeitrags wird jeweils ab dem Fälligkeitstag des Einlösungsbeitrags gerechnet. Die Folgebeiträge sind während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Wir nennen die im Versicherungsschein vereinbarte Beitragszahlungsdauer die ursprüngliche Beitragszahlungsdauer.

Der Einmalbeitrag (Einlösungsbeitrag) ist zur Zahlung fällig, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt haben.

Ihre Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Sofern Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, werden wir die jeweils fälligen Beiträge nach der Vertragsannahme einziehen.

2 Beitragszahlungsweise

Laufende Beiträge können nur im Wege des Lastschriftverfahrens gezahlt werden. Einmalbeiträge und Zuzahlungen können auch per Banküberweisung gezahlt werden.

3 Nichtzahlung des Einlösungsbeitrags

Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht keine Leistungspflicht.

Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

4 Nichtzahlung der Folgebeiträge

Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist und sind Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls mit der Zahlung der Beiträge oder sonstigen Beträgen in Verzug, erbringen wir bei Eintritt des Versicherungsfalls nur jene Leistungen, die wir erbringen müssten, wenn sich Ihr Vertrag mit Eintritt des Versicherungsfalls entsprechend § 23 in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt hätte; sofern Zusatzoptionen mitversichert sind, entfällt der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption. Nach Ablauf der Ihnen gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug sind. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Zusammen mit dieser Mahnung erhalten Sie von uns Hinweise, wie Sie bei kurz-, mittel- und langfristigen Zahlungsschwierigkeiten Ihren Vertrag verändern und damit Ihren wertvollen Versicherungsschutz aufrechterhalten können.

5 Lastschrifteinzug und Folgen der Nichteinlösung

Wenn uns ein SEPA-Lastschriftmandat für das Lastschriftverfahren vorliegt, werden Ihre Zahlungen für Ihren GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen so behandelt, als seien sie zum jeweiligen Fälligkeitstag erfolgt, es sei denn, die Lastschrift wird nicht eingelöst oder Sie widersprechen einer berechtigten Einziehung. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung in Textform erfolgt. Wird eine Lastschrift nicht eingelöst, sind wir zu weiteren Einziehungen berechtigt, nicht aber verpflichtet.

§ 19 Welche Regelungen gelten im Fall der Vereinbarung von planmäßigen Erhöhungen laufender Beiträge?

1 Optionen zur Vereinbarung einer planmäßigen Erhöhung

Sie können sowohl bei Antragstellung als auch während der Aufschubzeit eine jährliche planmäßige Erhöhung Ihres Beitrags zwischen 1 % bis 10 % (in 1-Prozentschritten) wählen.

Zudem können Sie einen einmal vereinbarten Prozentsatz für eine planmäßige Erhöhung während der Aufschubzeit im Rahmen von Satz 1 beliebig in einem Rahmen zwischen 1 % und 10 % (in 1-Prozentschritten) ändern oder auf die planmäßige Erhöhung ganz verzichten.

Bei einem nachträglichen Einschluss bzw. einer nachträglichen Änderung der planmäßigen Erhöhung erfolgt die erste planmäßige Erhöhung bzw. die erste geänderte planmäßige Erhöhung an dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Zugang Ihrer entsprechenden Mitteilung folgt.

Eine planmäßige Erhöhung kann nicht nachträglich vereinbart werden, wenn zu diesem Zeitpunkt bereits gemäß § 19 Absatz 4 keine planmäßige Erhöhung mehr erfolgt.

Wenn Sie mit uns für Ihren GENERATION private plus die planmäßige Erhöhung der laufenden Beiträge vereinbart haben, steigen diese Beiträge um den jeweils vereinbarten Prozentsatz zum Jahrestag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns. Durch die Erhöhung des Beitrags erhöht sich der Betrag, mit dem wir gemäß der von Ihnen getroffenen Fondsauswahl Ihrem Vertrag Anteile zuteilen. Die mögliche Versicherungsleistung erhöht sich nicht im gleichen Verhältnis wie Ihr Beitrag. Der Erhöhungssatz bezieht sich ausschließlich auf den jeweiligen Vorjahresbeitrag.

Für die erhöhten Beitragsanteile werden die gleichen Versicherungsbedingungen, Rechnungsgrundlagen und alle sonstigen für den bereits bestehenden Vertragsteil geltenden Vereinbarungen zugrunde gelegt. Für den zu erhöhenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen gelten somit auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

Ist die Startoption vereinbart, findet die erste planmäßige Erhöhung ein Jahr nach Ablauf der Startphase zum Jahrestag des Versicherungsbeginns statt.

2 Wie wirkt sich eine planmäßige Erhöhung der Beiträge auf vereinbarte Zusatzoption aus?

Wenn Sie eine Zusatzoption gemäß § 7 Absatz 1 vereinbart haben, erhöht sich die versicherte Leistung mit jeder planmäßigen Erhöhung des Beitrags um die Hälfte des für die planmäßige Erhöhung der Beiträge vereinbarten Prozentsatzes. Die Erhöhung der versicherten Leistung endet, wenn

deren maximal versicherbare Höhe erreicht wird oder wenn keine planmäßige Erhöhung der Beiträge mehr erfolgt.

Für den insoweit erhöhten Versicherungsschutz werden wir auch den Beitragsanteil für den Risikoschutz nach den ursprünglichen Kalkulationsgrundlagen neu berechnen. Der Beitragsanteil für den Risikoschutz erhöht sich daher nicht jährlich um den für die planmäßige Beitragserhöhung vereinbarten Prozentsatz, sondern um einen anderen Betrag.

Für einen nachträglichen Einschluss der planmäßigen Erhöhung bzw. eine nachträgliche Erhöhung des vereinbarten Prozentsatzes ist eine erneute Risikoprüfung erforderlich.

Alle für die jeweilige Zusatzoption getroffenen Vereinbarungen erstrecken sich auch auf die auf jährliche Erhöhungen entfallenden Teile.

Eine vereinbarte planmäßige Erhöhung der Beiträge wird ausgesetzt, wenn Ihre Beitragszahlungspflicht aufgrund eines Versicherungsfalls im Rahmen der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente oder Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit ruht. Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, lebt Ihre Beitragszahlungspflicht wieder in der Höhe auf, in der sie im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls bestanden hat. Die nächste planmäßige Erhöhung der von Ihnen zu zahlenden Beiträge erfolgt dann zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, der der Wiederaufnahme der Beitragszahlung folgt.

3 Widerspruch gegen planmäßige Erhöhung

Wir werden Sie rechtzeitig vor jedem Erhöhungstermin über diese Erhöhung sowie über Ihr Recht zum Widerspruch gegen die planmäßige Erhöhung in Textform informieren.

Die Erhöhung entfällt rückwirkend für die entsprechende Erhöhungsperiode, wenn Sie ihr innerhalb von 2 Wochen nach dem Zeitpunkt der planmäßigen Erhöhung (Jahrestag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns) widersprechen. Sie können den Erhöhungen beliebig oft widersprechen.

Wenn Sie der planmäßigen Erhöhung widersprechen oder diese auch für die Zukunft ausschließen, wird die versicherte Leistung einer gegebenenfalls vereinbarten Zusatzoption angepasst. Hierüber werden wir Sie informieren.

Sollten Sie einer Erhöhung widersprochen haben, besteht die Möglichkeit, die Erhöhung auf Antrag nachzuholen. Eine nachträgliche rückwirkende Erhöhung ist nur innerhalb von 10 Monaten nach dem Erhöhungstermin, zu dem der Widerspruch erfolgte, möglich und setzt unsere Zustimmung voraus.

4 Ende der planmäßigen Erhöhung

In den letzten fünf Jahren vor dem aktuellen Rentenbeginn findet keine planmäßige Erhöhung der Beiträge mehr statt. Die letzte planmäßige Erhöhung erfolgt spätestens zum fünftletzten Jahrestag des Versicherungsbeginns vor Rentenbeginn bzw. am Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem 67. Geburtstag der versicherten Person folgt.

§ 20 Können bei einem GENERATION private plus weitere Einmalbeiträge (Zuzahlungen) gezahlt werden?

1 Zuzahlungen

Sie können im Rahmen Ihres bestehenden GENERATION private plus jederzeit bis zu 5 Jahre vor aktuellem Rentenbeginn Zuzahlungen leisten. Vollständige oder anteilige Zuzahlungen in den GENERATION UWP-Fonds III sind jedoch nur bis zu zehn Jahre vor dem aktuellen Rentenbeginn und nur gemäß den in § 1 Absatz 2 der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III – beschriebenen Regelungen möglich.

Dabei behandeln wir die erste Zuzahlung auf einen Vertrag mit laufenden Beiträgen wie einen gesonderten, neuen Vertrag. Für diesen neuen Vertrag gelten die für den GENERATION private plus oder, sollte dieser Vertragstyp zum Zeitpunkt der Zuzahlung nicht mehr angeboten werden, die für einen vergleichbaren Vertragstyp zum Zeitpunkt der ersten Zuzahlung verwendeten Versicherungsbedingungen. Diese für die Zuzahlung geltenden Versicherungsbedingungen werden Sie mit dem Versicherungsschein für den neuen Vertrag erhalten. Alle weiteren Zuzahlungen werden auch diesem gesonderten Vertrag zugeordnet.

Wenn zu dem Vertrag mit laufenden Beiträgen, für den eine Zuzahlung erfolgt, Zusatzoptionen vereinbart sind, kann der neue Vertrag nur ohne diese Zusatzoptionen policiert werden.

Wenn Zuzahlungen auf Verträge mit Einmalbeitrag gemäß diesem § 20 und nach § 1 Absatz 2 der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III – möglich sind, werden diese dem bestehenden Vertrag mit Einmalbeitrag zugeordnet. Für die Zuzahlung werden die gleichen Versicherungsbedingungen, Rechnungsgrundlagen und alle sonstigen für den bereits bestehenden Einmalbeitragsvertrag geltenden Vereinbarungen zugrunde gelegt.

Wir verwenden jede Zuzahlung für die Zuteilung von Anteilen gemäß Ihrer zur Zeit der Zuzahlung bestehenden Fondsauswahl. Sie können uns auch eine andere Fondsauswahl für die Zuzahlung mitteilen. Dabei dürfen auch bei der Zuzahlung gleichzeitig maximal 40 unterschiedliche Fonds innerhalb Ihres Vertrags gehalten werden.

Wenn eine Zuzahlung in den GENERATION UWP-Fonds III nicht mehr möglich ist, können Sie für die Investition Ihrer Zuzahlung eine andere Fondswahl treffen. Wenn wir keine entsprechende Mitteilung von Ihnen erhalten, wird der Teil der Zuzahlung, welcher auf den GENERATION UWP-Fonds III entfallen soll, anteilig auf die übrigen gewünschten Fonds aufgeteilt. Sollten Sie ausschließlich den UWP-Fonds gewählt haben und eine Zuzahlung in den GENERATION UWP-Fonds III zu dem Zeitpunkt nicht möglich sein, wird dieser Teil der Zuzahlung für die Zuteilung von Anteilen an dem Fonds „Geldwerte Europa II“ oder einem vergleichbaren Fonds verwendet. Hierüber werden wir Sie benachrichtigen.

Wenn eine Zuzahlung zu einem bestehenden Vertrag mit Einmalbeitrag vollständig oder anteilig in den GENERATION UWP-Fonds III erfolgen soll, gelten darüber hinaus die Regelungen in § 1 Absatz 2 der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III.

2 Mindestbeitrag für Zuzahlungen

Der Mindestbetrag für jede Zuzahlung beträgt 250 €.

3 Höchstbeitrag für Zuzahlungen

Der Höchstbetrag für die Summe aller Einmalbeiträge, die für eine versicherte Person gezahlt werden können, beträgt 1.000.000 €, unabhängig von der Anzahl der bei uns auf das Leben der versicherten Person abgeschlossenen GENERATION private plus-Verträge. Falls Sie diesen Höchst-

betrag überschreiten wollen, bedarf es einer besonderen Vereinbarung mit uns. Wir sind bereit, besondere Vereinbarungen zu treffen, wenn dies unter Berücksichtigung versicherungsmathematischer Grundsätze vertretbar ist.

Wir haben außerdem das Recht, den Höchstbetrag von 1.000.000 € für Zuzahlungen zu reduzieren oder Zuzahlungen nicht anzunehmen, wenn dies im Interesse der anderen Versicherungsnehmer unter Berücksichtigung versicherungsmathematischer Grundsätze notwendig ist. Wir teilen Ihnen gerne auf Anfrage mit, ob die Möglichkeit, weitere Zuzahlungen zu erbringen, besteht. Auch den jeweils gültigen Höchstbetrag teilen wir Ihnen gerne auf Wunsch mit.

Wenn wir einen neuen Teilfonds des UWP-Fonds auflegen oder einen UWP-Teilfonds im Rahmen zukünftiger Versicherungsbedingungen des GENERATION private plus oder eines anderen von Canada Life angebotenen Produkts nicht mehr anbieten werden, behalten wir uns das Recht vor, Zuzahlungen in den GENERATION UWP-Fonds III ohne Berücksichtigung der vorgenannten Grundsätze generell zurückzuweisen. In diesem Fall gelten die in § 1 Absatz 2 der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III – genannten Regelungen.

§ 21 In welchem Umfang können bei Ihrem GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen die Beitragshöhe, die Zahlungsweise und die Beitragszahlungsdauer geändert werden?

1 Änderung der Beitragshöhe bei laufender Beitragszahlung

a) Allgemeine Grundsätze

Sie können bei einem GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen die Beitragshöhe ändern, wenn Sie dabei die nachstehenden Mindest- und Höchstbeträge beachten.

Bei Verträgen mit monatlicher Zahlungsweise darf der reduzierte Beitrag 50 € nicht unterschreiten.

Der erhöhte Beitrag darf 50.000 € monatlich nicht überschreiten.

Für vierteljährliche, halbjährliche und jährliche Zahlungsweisen gelten die obigen Mindest- und Höchstbeträge multipliziert mit 3, 6 bzw. 12.

Für den erhöhten Beitragsanteil werden die gleichen Versicherungsbedingungen, Rechnungsgrundlagen und alle sonstigen für den bereits bestehenden Vertrag geltenden Vereinbarungen zugrunde gelegt.

Eine Beitragserhöhung ist bis maximal fünf Jahren vor dem aktuellen Rentenbeginn möglich.

Eine Erhöhung des für den GENERATION UWP-Fonds III bestimmten Beitrags darf darüber hinaus in den letzten neun bis mehr als fünf Jahren vor dem aktuellen Rentenbeginn insgesamt für diesen Zeitraum maximal 200 % des im neunten Versicherungsjahr vor Rentenbeginn in den GENERATION UWP-Fonds III investierten Beitrags betragen. Für Erhöhungen des in den GENERATION UWP-Fonds III investierten Beitrags bzw. Beitragsanteils bestehen zudem weitere Einschränkungen (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III).

Wenn eine Beitragserhöhung aus diesem Grund nicht möglich ist, können Sie den erhöhten Beitragsanteil in einen anderen Fonds investieren. Wenn wir keine entsprechende Mitteilung von Ihnen erhalten, wird der Teil der Beitragserhöhung, welcher auf den GENERATION UWP-Fonds III entfallen soll, auf die übrigen gewünschten Fonds aufgeteilt. Sollten Sie ausschließlich den UWP-Fonds gewählt haben und eine Beitragserhöhung in den GENERATION UWP-Fonds III zu dem Zeitpunkt nicht möglich sein, wird dieser Teil der Beitragserhöhung für die Zuteilung von Anteilen an dem Fonds „Geldwerte Europa II“ oder einem vergleichbaren Fonds verwendet. Hierüber werden wir Sie benachrichtigen.

Sollten die obigen Voraussetzungen nicht erfüllt sein, so besteht die Möglichkeit, Ihren Vertrag im Rahmen des § 23 beitragsfrei zu stellen bzw. im Rahmen des § 25 zu kündigen.

b) Auswirkungen von Beitragsänderungen auf Zusatzoptionen

Sofern eine oder mehrere Zusatzoptionen gemäß § 7 Absatz 1 vereinbart sind, überprüfen wir bei jeder Reduzierung des Beitrags zusätzlich, ob der reduzierte Beitrag ausreichen wird, die künftigen Risikobeiträge für vereinbarte Zusatzoptionen gemäß § 7 Absatz 2 zu decken. Sollte der reduzierte Beitrag nicht ausreichen, sind wir berechtigt, einen höheren Mindestbeitrag zu verlangen oder die Reduzierung des Beitrags abzulehnen. Den dann gültigen Mindestbeitrag teilen wir Ihnen mit.

Wenn sich die versicherte Leistung einer gegebenenfalls vereinbarten Zusatzoption durch eine Beitragsreduzierung ändert, erhalten Sie hierzu einen Nachtrag zu Ihrem Versicherungsschein mit der angepassten versicherten Leistung.

Eine Beitragserhöhung hat keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherten Leistungen der gegebenenfalls vereinbarten Zusatzoptionen Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten, Berufsunfähigkeitsrente, Besonderer Todesfallschutz und Erwerbsunfähigkeitsabsicherung.

Wenn Sie die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben, ist bei jeder Erhöhung des Beitrags eine erneute Risikoprüfung und unsere Zustimmung notwendig.

2 Änderung der Beitragshöhe bei planmäßigen Erhöhungen laufender Beiträge

Falls Sie die planmäßige Erhöhung der Beiträge vereinbart haben, können die Beiträge durch die planmäßigen Erhöhungen die Höchstbeträge gemäß Absatz 1 überschreiten. Nach dieser Überschreitung darf der zu zahlende Betrag allenfalls gesenkt werden.

3 Änderung der Zahlungsweise

Sie können bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung die im Versicherungsschein angegebene Zahlungsweise ändern, vorausgesetzt, dass bei der neuen Zahlungsweise am Jahrestag des Versicherungsbeginns weiterhin eine Beitragszahlung fällig ist.

4 Änderung der Beitragszahlungsdauer, aktuelle Beitragszahlungsdauer

Sie können die Beitragszahlungsdauer um eine von Ihnen bestimmte Anzahl von ganzen Jahren verlängern. Die Verlängerung der Beitragszahlungsdauer ist bis zu einem Jahr nach Ablauf der bisherigen Beitragszahlungsdauer auch rückwirkend möglich. Die Beitragszahlungsdauer kann nur bis zu dem aktuellen Rentenbeginn verlängert werden; längstens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person den 75. Geburtstag erreicht hat. Für eine Verlängerung der Beitragszahlungsdauer ist es gegebenenfalls erforderlich, dass Sie auch den Rentenbeginn gemäß § 5 Absatz 4 hinaus-

schieben. Die Beitragszahlungsdauer kann mehrfach verlängert werden.

Wenn Sie die Beitragszahlungsdauer rückwirkend verlängern, werden wir die Beiträge für den dadurch entstandenen Rückstand in einem Betrag sowie die weiteren fälligen Beiträge im Wege des Lastschriftverfahrens von dem von Ihnen zuletzt mitgeteilten Bankkonto einziehen, es sei denn, Sie teilen uns ein anderes Bankkonto mit. Wir legen für die Zuteilung der Anteile gemäß § 15 Absatz 1 Satz 1 den Ausgabekurs zugrunde, der innerhalb von 5 Werktagen ab dem Tag gilt, mit dessen Wertstellung wir Ihre rückständigen Beiträge erhalten, um die nötigen Vermögenswerte für Canada Life-Fonds bzw. Anteile von Publikumsfonds kaufen zu können; § 18 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.

Eine Verkürzung der Beitragszahlungsdauer ist möglich. Die Beitragszahlungsdauer muss mindestens 5 Jahre bzw. bei Wahl des GENERATION UWP-Fonds III 12 Jahre betragen.

Eine Verkürzung der Beitragszahlungsdauer kann dazu führen, dass Sie die Garantien des GENERATION UWP-Fonds verlieren (siehe § 3 der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III).

Die für Ihren GENERATION private plus jeweils geltende Beitragszahlungsdauer, d. h. die ursprüngliche Beitragszahlungsdauer oder, soweit zutreffend, die verlängerte oder verkürzte Beitragszahlungsdauer, wird von uns auch als aktuelle Beitragszahlungsdauer bezeichnet.

5 Fristen für Änderungen

Wenn Sie eine Änderung der Beitragshöhe, Zahlungsweise oder Beitragszahlungsdauer wünschen, müssen Sie dies unter Angabe der gewünschten neuen Beitragshöhe, Zahlungsweise oder Beitragszahlungsdauer erklären. Die Erklärung muss uns mindestens einen Monat vor dem gewünschten Zeitpunkt der Änderung zugegangen sein. Wenn Sie die Beitragszahlungsdauer rückwirkend verlängern, muss uns Ihre Erklärung spätestens ein Jahr nach Ablauf der ursprünglichen Beitragszahlungsdauer zugegangen sein.

§ 22 Was gilt, wenn Sie die Startoption vereinbart haben?

Sie können sich bei Antragstellung für die so genannte Startoption entscheiden und diese für einen Zeitraum von 1 bis 5 Jahren (Startphase) vereinbaren.

Für den Beginn der Startoption können Sie einen Beitrag vereinbaren, der unter dem in § 21 Absatz 1 a) genannten Mindestbeitrag liegt. Der verringerte Beitrag für die Startoption beträgt anfänglich mindestens 20 € monatlich. Nach Beendigung der Startphase wird der für den GENERATION private plus vereinbarte Beitrag in voller Höhe fällig.

Die Höhe des anfänglichen Startbeitrags ist in Ihrem Versicherungsschein ausgewiesen.

Während der Startphase erhöht sich der Startbeitrag zu jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns jeweils um denselben Eurobetrag bis zum Ablauf der Startphase der vereinbarte reguläre Beitrag erreicht wird.

Haben Sie eine oder mehrere Zusatzoption(en) eingeschlossen, sind die Beitragsanteile für den Risikoschutz in dem Beitrag, der im Rahmen der Startoption fällig wird, enthalten. In diesem Fall bezieht sich die zuvor beschriebene gleichmäßige jährliche Erhöhung während der Startphase jeweils auf den Beitrag abzüglich des Risikobeitrags. Während der Startphase besteht bereits der volle Versicherungsschutz aus der Zusatzoption.

Auf die jährlichen Erhöhungen des Startbeitrags während der Startphase werden wir Sie rechtzeitig hinweisen.

Wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Beiträge vereinbart haben, findet die erste planmäßige Erhöhung zum Jahrestag des Versicherungsbeginns ein Jahr nach Beendigung der Startphase statt.

Die Vereinbarung der Startoption kann dazu führen, dass Sie zum Rentenbeginn eine geringere Rente bzw. Kapitalleistung erhalten, als wenn Sie ab Versicherungsbeginn den vereinbarten Beitrag in voller Höhe zahlen würden.

Wenn Sie Ihren Beitrag während der Startphase im Rahmen von § 21 Absatz 1 a) erhöhen oder reduzieren, führt dies dazu, dass die Startoption endet und ab diesem Zeitpunkt der neue vereinbarte Beitrag gilt. Nach der Änderung des Beitrags finden die zuvor aufgeführten gesonderten Regelungen für die Startoption keine Anwendung mehr.

Die Vereinbarung einer befristeten Beitragsfreistellung bzw. Beitragsreduzierung nach § 24 Absatz 2 ist während der Startphase nicht möglich.

Sobald der Mindestbeitrag von 50 € monatlich im Laufe der Startphase erreicht wird, können Sie die Startoption auch jederzeit zur nächsten Beitragsfälligkeit vorzeitig beenden.

Im Übrigen gelten alle anderen Bestimmungen Ihres GENERATION private plus auch während der vereinbarten Startphase.

§ 23 Können Sie Ihren GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen beitragsfrei stellen?

1 Voraussetzungen für die Beitragsfreistellung

Sie können Ihren GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen jederzeit zum nächsten Fälligkeitstag, frühestens jedoch zum ersten Jahrestag nach Versicherungsbeginn, für einen von Ihnen bestimmten Zeitraum, höchstens jedoch für die Aufschubzeit bis zum aktuellen Rentenbeginn, durch entsprechende Erklärung beitragsfrei stellen.

2 Wirkungen der Beitragsfreistellung

Während der Beitragsfreistellung entfällt Ihre Pflicht zur Zahlung von Beiträgen. Vereinbarte planmäßige Beitragserhöhungen werden ausgesetzt. Es wird kein Treuebonus gewährt.

Während der Beitragsfreistellung fallen weiterhin alle für Ihren GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen geltenden Kosten und Gebühren an.

Darüber hinausgehende Kosten fallen für die Beitragsfreistellung nicht an.

Sofern Zusatzoptionen gemäß § 7 Absatz 1 mitversichert sind, enden diese mit Beginn der Beitragsfreistellung.

Die Beitragsfreistellung Ihres GENERATION private plus kann mit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden sein, da sich dies – abhängig von der Wertentwicklung der gewählten

Fonds – mindernd auf die Werte auswirken kann, die zum Rentenbeginn zur Verfügung stehen. Bitte beachten Sie auch mögliche Auswirkungen auf die Garantien, sofern Sie den GENERATION UWP-Fonds III gewählt haben (siehe § 3 der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III). Wenn der Wert Ihres Anteilguthabens nicht weiter ausreicht, um die Kosten und Gebühren zu decken, endet der gesamte Vertrag. Wenn Sie Ihre Beiträge vollständig oder anteilig in den GENERATION UWP-Fonds III investiert haben, ist hierfür sowohl der Wert des

geglätteten als auch des tatsächlichen Anteilguthabens maßgeblich.

3 Wiederaufnahme der Beitragszahlung

Sie können jederzeit vor Ablauf der aktuellen Beitragszahlungsdauer die Beitragsfreistellung beenden und zur Zahlung der laufenden Beiträge zurückkehren. Wenn Sie die Beitragszahlung wiederaufnehmen, können Sie sich auch dazu entscheiden, gleichzeitig die Beiträge, die in den letzten 12 Monaten vor Beendigung der Beitragsfreistellung fällig gewesen wären, teilweise oder vollständig nachzuzahlen. Sie können aber leider keine Beiträge nachzahlen, die vor mehr als einem Jahr vor Beendigung der Beitragsfreistellung fällig gewesen wären. In diesem Fall werden wir die entsprechenden Beiträge in einem Betrag über das Lastschriftverfahren, von dem von Ihnen zuletzt mitgeteilten Bankkonto einziehen. Es sei denn, Sie teilen uns ein anderes Bankkonto mit. Wir legen für die Zuteilung der Anteile gemäß § 15 Absatz 1 Satz 1 den Ausgabekurs zugrunde, der innerhalb von 5 Werktagen ab dem Tag gilt, mit dessen Wertstellung wir Ihre Beitragsnachzahlung erhalten haben, um die nötigen Vermögenswerte für Canada Life-Fonds bzw. Anteile von Publikumsfonds kaufen zu können. § 18 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.

Die Zeiträume der Beitragsfreistellung werden bei der Ermittlung des anzuwendenden Zuteilungssatzes nicht berücksichtigt, sofern Sie die Beiträge nicht nachzahlen. Wenn Sie die Beiträge nachzahlen, erfolgt die Zuteilung, als ob Ihr Vertrag nicht beitragsfrei gestellt worden wäre.

Zusätzliche Kosten für die Wiederinkraftsetzung Ihres Vertrags fallen nicht an.

Sofern vor der Beitragsfreistellung Zusatzoptionen mitversichert waren, leben diese nicht wieder automatisch auf.

Wenn Sie die Beitragszahlung innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung wieder aufnehmen, können Sie beantragen, dass eine zuvor versicherte Zusatzoption ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder eingeschlossen wird. Dabei überprüfen wir, ob und inwieweit die Höhe der zuvor versicherten Leistung unter Berücksichtigung der ausgesetzten Beitragszahlung angepasst werden muss. Hierüber werden wir Sie informieren.

Voraussetzungen für einen Wiedereinschluss einer Zusatzoption ist, dass bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Beantragung kein Versicherungsfall vorliegt, für welchen nach den Regelungen für die jeweilige Zusatzoption in diesen Versicherungsbedingungen und Anlagen Versicherungsschutz bestehen würde.

In allen anderen Fällen ist für den Wiedereinschluss einer Zusatzoption eine erneute Risikoprüfung erforderlich.

Der Versicherungsschutz für die jeweilige Zusatzoption beginnt erneut mit dem Datum des Wiedereinschlusses der jeweiligen Zusatzoption. Ein Versicherungsfall, der in dem Zeitraum zwischen dem Beginn der Beitragsfreistellung und dem erneuten Beginn des Versicherungsschutzes für die jeweilige Zusatzoption eingetreten ist, ist nicht versichert.

Wird die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten nach einer erfolgten Risikoprüfung wieder eingeschlossen, beginnen die Wartezeiten gemäß § 6 Absatz 2 der Anlage A – Besonderen Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten ab dem Datum des Wiedereinschlusses erneut.

4 Verlängerung der Beitragszahlungsdauer während der Beitragsfreistellung

Wenn die aktuelle Beitragszahlungsdauer während der Beitragsfreistellung abläuft, können Sie die Beitragszahlungsdauer bis zu einem Jahr nach Ablauf der aktuellen Beitragszahlungsdauer um eine von Ihnen bestimmte Anzahl von ganzen Jahren bis zu Ihrem aktuellen Rentenbeginn verlängern, jedoch nicht länger als bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person den 75. Geburtstag erreicht hat. Dabei können Sie zusätzlich wählen, ob Sie die Beiträge, die in der Zeit der Beitragsfreistellung fällig geworden wären, im Rahmen des Absatzes 3 Satz 2 nachzahlen wollen.

§ 24 Welche Möglichkeiten haben Sie bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten?

1 Voraussetzungen

Zur Überbrückung kurzfristiger Zahlungsschwierigkeiten haben Sie die Möglichkeit, zur nächsten Beitragsfälligkeit eine befristete Beitragsfreistellung, eine befristete Beitragsreduzierung oder eine Beitragsstundung gemäß den nachfolgenden Absätzen zu beantragen.

Voraussetzung ist jeweils, dass Ihr GENERATION private plus mindestens 1 Jahr bestanden hat und Sie alle bis zu diesem Zeitpunkt fälligen Beiträge gezahlt haben. Zudem muss zwischen dem Ende eines beitragsfreien bzw. beitragsreduzierten Zeitraums und dem Beginn eines neuen beitragsfreien bzw. beitragsreduzierten Zeitraums mindestens 1 Jahr liegen.

Soweit in den nachfolgenden Absätzen keine abweichenden Regelungen getroffen wurden, gelten die Regelungen und Hinweise in § 23 Absatz 2 bis 3 entsprechend.

2 Befristete Beitragsfreistellung und befristete Beitragsreduzierung

a) Befristete Beitragsfreistellung

Eine befristete Beitragsfreistellung ist in folgenden Fällen möglich:

aa) Sie können eine befristete Beitragsfreistellung für eine Dauer von bis zu 12 Monaten beanspruchen. Sie können diese befristete Beitragsfreistellung während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer höchstens zweimal in Anspruch nehmen, wobei mindestens 1 Jahr zwischen den beiden Zeiträumen einer befristeten Beitragsfreistellung liegen muss. Der maximale Zeitraum für alle befristeten Beitragsfreistellungen beträgt in diesem Fall 24 Monate.

bb) Haben Sie Zahlungsschwierigkeiten aufgrund von Kurzarbeit, Arbeitslosigkeit, Ende der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder Scheidung, kann darüber hinaus eine befristete Beitragsfreistellung aufgrund von Zahlungsschwierigkeiten einmalig bis zu 12 Monate gewährt werden. Nehmen Sie eine Elternzeit in Anspruch, ist alternativ eine befristete Beitragsfreistellung aufgrund von Elternzeit einmalig bis zu 36 Monate möglich.

Sie können entweder eine befristete Beitragsfreistellung aufgrund von Zahlungsschwierigkeiten oder wegen Elternzeit zusätzlich zu einer befristeten Beitragsfreistellung nach Unterabschnitt aa) in Anspruch nehmen.

Eine Beitragsfreistellung, die Sie nicht ausdrücklich als zeitlich befristete Beitragsfreistellung beantragen, behandeln wir wie eine Beitragsfreistellung nach § 23. Dies gilt auch, wenn Sie eine Beitragsfreistellung für einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten (mit Ausnahme einer Beitragsfreistellung wegen Elternzeit) wünschen.

b) Befristete Beitragsreduzierung

Sie können Ihren Beitrag für einen Zeitraum von maximal 12 Monaten auf einen Betrag reduzieren, der unter dem in § 21 Absatz 1 a) genannten Mindestbeitrag liegt. Die befristete Beitragsreduzierung ist bis auf einen Beitrag von mindestens 20 € monatlich möglich. Sie können die Möglichkeit einer befristeten Beitragsreduzierung beliebig oft während der Aufschubzeit nutzen.

Eine Beitragsreduzierung, die Sie nicht ausdrücklich als zeitlich befristete Beitragsreduzierung beantragen, behandeln wir wie eine Beitragsreduzierung nach § 21 Absatz 1. Dies gilt auch, wenn Sie eine Beitragsreduzierung für einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten wünschen.

c) Wirkung der befristeten Beitragsfreistellung und der befristeten Beitragsreduzierung

Während der befristeten Beitragsfreistellung bzw. befristeten Beitragsreduzierung gilt Folgendes:

- Ihre Pflicht zur Beitragszahlung entfällt.
- Es wird kein Treuebonus gewährt.
- Während des für die Beitragsfreistellung bzw. -reduzierung vereinbarten Zeitraums fallen weiterhin alle für Ihren GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen geltenden Kosten und Gebühren an.
- Wenn der für eine planmäßige Erhöhung der Beiträge gemäß § 19 maßgebliche Jahrestag des Versicherungsbeginns
- in den Zeitraum einer befristeten Beitragsfreistellung oder einer befristeten Beitragsreduzierung fällt, findet zu diesem Jahrestag keine planmäßige Erhöhung statt. Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung erfolgt die nächste planmäßige Erhöhung der Beiträge zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, der der Wiederaufnahme der vollen Beitragszahlung folgt, aber nicht rückwirkend für den Zeitraum der Beitragsfreistellung bzw. Beitragsreduzierung.
- Ihr Recht, von der Nachversicherungsgarantie gemäß § 11 der Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit - Gebrauch zu machen, entfällt während der Dauer der Beitragsfreistellung bzw. -reduzierung und lebt erst bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung wieder auf.
- Der Versicherungsschutz aus einer gegebenenfalls mitversicherten Zusatzoption Besonderer Todesfallschutz, Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten und Erwerbsunfähigkeitsabsicherung endet ab dem Beginn des beitragsfreien bzw. beitragsreduzierten Zeitraums.
- Bei Vereinbarung einer befristeten Beitragsfreistellung endet auch der Versicherungsschutz aus einer gegebenenfalls mitversicherten Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit. Im Fall der Vereinbarung einer befristeten Beitragsreduzierung besteht für den entsprechenden Zeitraum Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit in Höhe des reduzierten Beitrags.
- Wir zahlen keine oder nur eine deutlich reduzierte Berufsunfähigkeitsrente, wenn die Berufsunfähigkeit bei der versicherten Person während der Dauer einer befristeten Beitragsfreistellung oder befristeten Beitragsreduzierung eintritt.
  Wir berechnen die konkrete Höhe dieser reduzierten Berufsunfähigkeitsrente, indem wir den Betrag der zu Beginn der Beitragsbefreiung bzw. -reduzierung vereinbarungsgemäß mitversicherten Berufsunfähigkeitsrente mit dem in Prozent angegebenen maßgeblichen Reduktionsfaktor multiplizieren. Den maßgeblichen Reduktionsfaktor können Sie der folgenden Tabelle entnehmen, wobei es darauf ankommt, in welchem Versicherungsjahr die Berufsunfähigkeit eintritt:

Versicherungsjahr bei Eintritt Berufsunfähigkeit	Reduktionsfaktor
2. bis 5. Versicherungsjahr	0 %
6. bis 10. Versicherungsjahr	5 %
11. bis 15. Versicherungsjahr	10 %
16. oder späteres Versicherungsjahr	15 %

Die Auswirkungen einer befristeten Beitragsfreistellung oder befristeten Beitragsreduzierung auf die Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente können Sie auch § 1 Absatz 4 und 5 der Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit sowie der in Abschnitt I., Teil I Ziffer 3 der „Besonderen Informationen für Ihren GENERATION private plus“ dargestellten Tabelle entnehmen. Während der Dauer einer befristeten Beitragsfreistellung besteht kein Versicherungsschutz für die Beitragsbefreiung.

d) Wiederaufnahme der Beitragszahlungen

Nach Ablauf des befristeten Zeitraums für eine Beitragsfreistellung oder -reduzierung müssen Sie wieder Beiträge in der vor Beginn des jeweiligen Zeitraums fälligen Höhe zahlen.

Wird die reguläre Beitragszahlung innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung bzw. -reduzierung wieder aufgenommen, leben Zusatzoptionen, die ab Beginn des beitragsfreien bzw. beitragsreduzierten Zeitraums beendet waren oder deren versicherte Leistung reduziert war, ohne erneute Gesundheitsprüfung automatisch wieder auf.

Dabei überprüfen wir, ob und inwieweit die Höhe der zuvor versicherten Leistung unter Berücksichtigung der ausgesetzten bzw. reduzierten Beitragszahlung angepasst werden muss. Wenn sich im Rahmen der Überprüfung die Höhe der versicherten Leistung reduzieren sollte, teilen wir Ihnen dies in Textform mit. In einem solchen Fall können Sie auch, um eine Reduzierung der versicherten Leistung zu vermeiden, mit uns eine Erhöhung der Beiträge vereinbaren.

Hat eine befristete Beitragsfreistellung aufgrund von Elternzeit länger als 12 Monate gedauert, leben zuvor mitversicherte Zusatzoptionen Besonderer Todesfallschutz, Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit, Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten und Erwerbsunfähigkeitsabsicherung bei Wiederaufnahme der regulären Beitragszahlung nicht automatisch wieder auf. Wenn ein Wiedereinschluss gewünscht wird, muss dieser gesondert beantragt werden. Eine erneute Gesundheitsprüfung ist jedoch nicht erforderlich.

Sie können die fehlenden Beiträge, die während dieses Zeitraums fällig gewesen wären, wenn Sie keine Beitragsfreistellung oder Beitragsreduzierung vereinbart hätten, auch nachzahlen. Eine Nachzahlung können Sie in einem Betrag oder in maximal 12 Monatsraten vornehmen.

Für die Wiederinkraftsetzung Ihres Vertrags fallen keine zusätzlichen Kosten an.

3 Beitragsstundung

Wenn Sie vorübergehend Ihre Beiträge nicht zahlen können, können Sie mit uns vereinbaren, dass wir Ihre Beiträge bis zu 12 Monate ganz oder teilweise stunden. Die Stundung beginnt frühestens, wenn Ihr nächster Beitrag fällig ist. Eine Beitragsstundung ist in den letzten 5 Jahren vor Rentenbeginn nicht möglich.

Wenn Sie eine Beitragsstundung wünschen, werden wir mit Ihnen zuvor eine Vereinbarung in Textform treffen.

Während der Zeit der Beitragsstundung besteht Versicherungsschutz für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (falls vereinbart), in der zum Zeitpunkt des Beginns der Beitragsstundung vereinbarten Höhe. Wir gewähren den vollen Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen.

Wenn ein Leistungsfall im Rahmen der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente eintritt und wir diesen anerkennen, werden wir die bis zum Beginn unserer Leistungspflicht fälligen und gestundeten Beiträge auf Rentenleistungen anrechnen.

Der Versicherungsschutz aus einer gegebenenfalls mitversicherten Zusatzoption Besonderer Todesfallschutz, Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten und Erwerbsunfähigkeitsabsicherung endet ab dem Beginn der Beitragsstundung. Wenn die reguläre Beitragszahlung innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der Beitragsstundung wieder aufgenommen wird und alle gestundeten Beiträge nachgezahlt worden sind, leben diese Zusatzoptionen ohne erneute Gesundheitsprüfung automatisch wieder auf.

Nach Ablauf des vereinbarten Stundungszeitraums müssen Sie die gestundeten Beiträge vollständig nachzahlen. Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag oder in maximal 12 Monatsraten nachzahlen.

Alternativ können Sie mit uns zum Ausgleich der gestundeten Beiträge auch eine Erhöhung Ihrer Beiträge oder eine Reduzierung der Versicherungsleistung einer gegebenenfalls mitversicherten Zusatzoption vereinbaren.

Eine erneute Beitragsstundung ist erst möglich, wenn Sie die gestundeten Beiträge vollständig ausgeglichen haben.

Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, sind wir berechtigt, eine Reduzierung der Versicherungsleistung einer gegebenenfalls mitversicherten Zusatzoption vorzunehmen.

§ 25 Können Sie Ihren GENERATION private plus kündigen? Welche Rechtsfolgen hat eine Kündigung?

1 Vollständige und teilweise Kündigung

a) Sie können Ihren GENERATION private plus jederzeit vor aktuellem Rentenbeginn durch eine Erklärung in Textform kündigen.

b) Kündigungen hinsichtlich eines Teilbetrags sind möglich, wenn der verbleibende Wert Ihres Anteilguthabens mindestens 1.000 € beträgt. Wenn Ihrem GENERATION private plus Anteile an dem GENERATION UWP-Fonds III zugewiesen sind, werden diese mit ihrem geglätteten Wert berücksichtigt (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III, § 5). Bei einer Teilkündigung werden wir Anteile aus den von Ihnen bestimmten Fonds Ihres Anteilguthabens auflösen und den Gegenwert zum Rücknahmekurs auszahlen. Treffen Sie keine Bestimmung über die aufzulösenden Anteile oder sind Anteile aus einem bestimmten Fonds vollständig aufgelöst, werden Anteile aus allen Fonds Ihrer aktuellen Fondsauswahl im Verhältnis aufgelöst. Wir nennen auch die Kündigung hinsichtlich eines Teilbetrags (Teilkündigung) kurz Kündigung und behandeln diese als solche.

c) Im Fall einer Teilkündigung wird auf Anforderung die Auszahlung aufgrund der Notfalloption von uns möglichst kurzfristig veranlasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der gekündigte Teilbetrag des Wertes Ihres Anteilguthabens beträgt mindestens 1.500 € und maximal 25.000 €. Sind Ihrem GENERATION private plus Anteile an dem GENERATION UWP-Fonds III zugewiesen, werden diese mit ihrem geglätteten Wert berücksichtigt (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III, § 5). In keinem Fall darf der gekündigte Teilbetrag mehr als 50 % des zum Zeitpunkt der Teilkündigung vorhandenen Rückkaufswertes betragen.
- Die Notfalloption wird frühestens einen Monat nach dem vertraglich vereinbarten Versicherungsbeginn und spätestens einen Monat vor Rentenbeginn genutzt;
- Die Notfalloption können Sie einmal pro Kalenderjahr ausüben, insgesamt allerdings begrenzt auf maximal 5 Mal während der Aufschubzeit.

Der Betrag wird von uns dann bereits innerhalb der folgenden Tage (voraussichtlich innerhalb von 5 Werktagen) zur Zahlung angewiesen, nachdem wir Ihre Teilkündigung sowie Ihre entsprechende Mitteilung zur Notfalloption erhalten haben.

2 Nachteile der Kündigung

Die Kündigung Ihres GENERATION private plus ist in der Regel mit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren erreicht der Rückkaufswert nicht notwendigerweise die Summe der eingezahlten Beiträge.

Sofern Ihrem GENERATION private plus Anteile an dem GENERATION UWP-Fonds III zugewiesen sind, kann bei einer Kündigung auch eine Wertangleichung des geglätteten Anteilguthabens vorgenommen werden. Außerdem können Sie Ihren Anspruch auf einen möglichen Schlussbonus verlieren. Bitte beachten Sie hierzu die Bedingungen der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III.

Nähere Informationen zum Rückkaufswert und seiner Höhe können Sie der Beispielrechnung entnehmen.

3 Rückkaufswert

Wenn Sie den GENERATION private plus kündigen oder wir ihn anfechten oder von ihm zurücktreten, zahlen wir den Rückkaufswert. Der Rückkaufswert errechnet sich aus dem Wert des Anteilguthabens, d. h. der Summe aller Ihrem GENERATION private plus zu dem jeweiligen Zeitpunkt zugewiesenen Anteile multipliziert mit dem jeweiligen Rücknahmekurs.

Für die in den GENERATION UWP-Fonds III investierten Anteile wird der geglättete und tatsächliche Wert des Anteilguthabens gemäß § 5 der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III berechnet. Wir ziehen keine Stornogebühr ab. Bei Verträgen mit laufenden Beiträgen ist die gleichmäßige Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Vertragsjahre berücksichtigt.

Soweit bei der Berechnung des Anteilguthabens Vermögenswerte bzw. Anteile aufgrund außergewöhnlicher Umstände gemäß § 14 außer Acht gelassen werden müssen und die entsprechenden außergewöhnlichen Umstände nicht mehr bestehen, werden wir zu diesem Zeitpunkt eine Bewertung der zuvor unberücksichtigten Vermögenswerte bzw. Anteile durchführen

und gegebenenfalls eine entsprechende Auszahlung durchführen. Der Wert etwaiger Anteile am GENERATION UWP-Fonds III kann durch eine Wertangleichung reduziert werden oder durch einen möglichen Schlussbonus erhöht werden (siehe Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III, § 5 Absatz 3).

Beitragsrückstände können von dem Rückkaufswert abgezogen werden. Die Rückzahlung der von Ihnen geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 26 Was gilt, wenn Sie das Automatische Ablaufmanagement vereinbart haben?

1 Wie funktioniert das Automatische Ablaufmanagement?

Wenn Sie Ihre Beiträge zu Versicherungsbeginn vollständig oder anteilig in Einzelfonds investieren, können Sie das Automatische Ablaufmanagement wählen. Das Ablaufmanagement ist für Sie kostenlos. Die Vereinbarung des Automatischen Ablaufmanagements gilt stets nur für den jeweiligen Vertrag, in dem es vereinbart ist. Die Vereinbarung des Automatischen Ablaufmanagements ist ausschließlich bei Antragstellung möglich. Zu einem späteren Zeitpunkt kann diese Option nicht mehr gewählt werden.

Für die Vereinbarung des Automatischen Ablaufmanagements müssen Sie bei Antragstellung einen bestimmten Wert als Betrag für das Anteilguthaben festlegen, der sich aus dem Wert der Anteile an Einzelfonds zusammensetzt. Sie können den von Ihnen festgelegten Betrag während der Aufschubzeit nicht mehr ändern.

Ab dem ersten Monat nach Versicherungsbeginn prüfen wir monatlich, ob der festgelegte Betrag erreicht ist. Sobald der von Ihnen festgelegte Betrag erreicht ist, wird der entsprechende Teil des Anteilguthabens umgeschichtet. Die Umschichtung erfolgt in das Automatische Portfolio Management (APM) in der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Zusammensetzung für ein dynamisches Anlageprofil. Im APM dynamisch erfolgt danach bis zum vereinbarten Rentenbeginn im Rahmen eines Lebenszyklusmodells schrittweise eine automatische Umschichtung des Anteilguthabens in risikoärmere Fonds.

Anteile Ihres GENERATION private plus, die im GENERATION UWP-Fonds III oder bereits im APM investiert sind, werden zur Ermittlung des Umschichtungsbetrages nicht berücksichtigt und nicht im Rahmen des Automatischen Ablaufmanagements umgeschichtet.

2 Welche Regelungen gelten nach der Umschichtung?

Der Anteil Ihrer laufenden Beiträge, die Sie ab dem Zeitpunkt der Umschichtung zahlen und der zuvor in Einzelfonds investiert wurde, wird ab diesem Zeitpunkt ebenfalls in das APM dynamisch investiert.

Für das umgeschichtete Anteilguthaben und auch für die später in das APM dynamisch investierten Beiträge gilt die Anlage D – Automatisches Portfolio Management (APM).

3 Was sollten Sie bei der Wahl des Automatischen Ablaufmanagements beachten?

Das Automatische Ablaufmanagement hat das Ziel, in den letzten Jahren vor Rentenbeginn das Risiko einer Wertminderung des Anteilguthabens aufgrund von Kursschwankungen zu reduzieren. Auch nach einer Umschichtung in das APM dynamisch bestehen für Sie jedoch weiterhin Chancen und Risiken des Kapitalmarktes. Aufgrund der automatischen Umschichtung im Rahmen des APM können bei sinkenden Märkten Verluste realisiert werden.

Wenn Sie während der Vertragslaufzeit Vertragsänderungen vornehmen, beispielsweise Beitragserhöhungen, -reduzierungen oder Umschichtungen in andere Fonds, ist es möglich, dass der für das Automatische Ablaufmanagement festgelegte Betrag nicht oder nicht zu dem von Ihnen gegebenenfalls erwarteten Zeitpunkt erreicht wird.

Auch Vertragsänderungen, die Sie nach erfolgter Umschichtung in das APM dynamisch vornehmen (beispielsweise eine Beitragsreduzierung oder eine Beitragsfreistellung), können sich negativ auf die Entwicklung des Anteilguthabens auswirken.

4 Wann endet das Automatische Ablaufmanagement?

Sie können das Automatische Ablaufmanagement jederzeit vor Erreichen des festgelegten Betrags wieder ausschließen oder auch nach erfolgter Umschichtung in das APM dynamisch durch eine Umschichtung in andere Fonds beenden. Es kann danach nicht wieder neu eingeschlossen werden.

Das Automatische Ablaufmanagement endet spätestens zum aktuellen Rentenbeginn.

§ 27 Welche Kosten und Gebühren fallen für Ihren GENERATION private plus an?

1 Abschluss- und Vertriebskosten

Mit Ihrem Vertrag sind Abschluss- und Vertriebskosten verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen. Wir haben die Abschluss- und Vertriebskosten in Ihren Beitrag einkalkuliert, sie müssen daher nicht gesondert gezahlt werden. Die Abschluss- und Vertriebskosten verwenden wir zum Beispiel zur Finanzierung der Kosten für die Vergütung des Versicherungsvermittlers, der Antragsprüfung und der Erstellung der Vertragsunterlagen.

Für Verträge mit laufenden Beiträgen werden die Abschluss- und Vertriebskosten durch einen verringerten Zuteilungssatz, für die auf die ersten 5 Jahre gezahlten Beiträge beglichen. Dieser Zuteilungssatz besteht aus der Differenz zwischen dem Zuteilungssatz Ihres Beitrages nach der Spalte A und der Spalte B bzw. der Spalte C und der Spalte D der Tabelle in § 11 Absatz 2 e). Dieses gilt für außerplanmäßige Beitragserhöhungen gemäß § 21 Absatz 1 entsprechend.

Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag und einer Aufschubzeit von 10 oder mehr Jahren werden die Abschluss- und Vertriebskosten durch den in § 11 Absatz 6 a) dargestellten und unter 100 % liegenden Zuteilungssatz der Anteile beglichen. Dies gilt für Zuzahlungen gemäß § 20 entsprechend.

Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag und einer Aufschubzeit von weniger als 10 Jahren werden die Abschluss- und Vertriebskosten abhängig von der Aufschubzeit durch die in § 11 Absatz 6 b) dargestellten und unter 100 % liegenden Zuteilungssätze der Anteile beglichen.

Dies gilt für Zuzahlungen gemäß § 20 entsprechend.

2 Monatliche Verwaltungsgebühr

Zur Deckung der allgemeinen Bestandsverwaltungskosten, die durch die Verwaltung des Vertrags anfallen, erheben wir eine Verwaltungsgebühr. Den zur Deckung dieser Kosten erforderlichen Betrag entnehmen wir monatlich Ihrem Anteilguthaben. Zu diesem Zweck rechnen wir die monatliche Verwaltungsgebühr gemäß § 15 Absatz 2 f) in Anteile des von Ihnen gewählten Fonds um und entnehmen die so berechnete Anzahl von Anteilen Ihrem Anteilguthaben. Bei Berechnung der Anzahl der Anteile können wir auf ein Zehntausendstel eines Anteils runden. Rundungen erfolgen nach kaufmännischen Regeln. Haben Sie mehrere Fonds gewählt, teilen wir die monatliche

Verwaltungsgebühr zunächst im Verhältnis des (zum Rücknahmekurs ermittelten) Werts Ihrer Anteile an den jeweiligen Fonds und berechnen dann nach dem vorstehenden Verfahren die Anteile an dem jeweiligen Fonds, die wir Ihrem Anteilguthaben entnehmen. Die monatliche Verwaltungsgebühr wird bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung bei Änderung der Beitragshöhe gemäß dem neuen Beitrag entsprechend angepasst. Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag fällt die monatliche Verwaltungsgebühr erst ab dem zweiten Versicherungsjahr an.

a) Die Höhe der im ersten Versicherungsjahr bzw. bei Einmalbeitragsverträgen im zweiten Versicherungsjahr geltenden monatlichen Verwaltungsgebühr wird in Ihren „Besonderen Informationen für den GENERATION private plus, Teil I“ ausgewiesen. Diese gilt so lange, bis sie gemäß den nachstehenden Regelungen geändert wird.

b) Wir überprüfen jährlich, in der Regel im Januar, ob die bei Versicherungsbeginn beziehungsweise die nach der letzten Anpassung geltende Verwaltungsgebühr der Entwicklung der tatsächlichen Kosten entspricht. Die Höhe der tatsächlichen Kosten ergibt sich aus den durchschnittlichen jährlichen Personalkosten für einen Mitarbeiter in unserer Bestandsverwaltung (nicht aber für Mitarbeiter mit anderen Tätigkeiten) während des letzten Kalenderjahrs zum Zeitpunkt der Überprüfung. Ändern sich diese Kosten gegenüber dem Stand zum Versicherungsbeginn beziehungsweise dem Stand zum Zeitpunkt der letzten Überprüfung, die zu einer Anpassung geführt hat, um mindestens 2 %, passen wir die monatliche Verwaltungsgebühr im selben Verhältnis mit Wirkung für die Zukunft an. Die Änderung tritt frühestens zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns ein.

   Erhöhungen bzw. Senkungen der monatlichen Verwaltungsgebühr dienen ausschließlich dazu, Steigerungen bzw. Senkungen bei den allgemeinen Bestandsverwaltungskosten des GENERATION private plus, nicht aber bei den anderen Kosten gemäß den Absätzen 1, 4 bis 8 und bei den Fixkosten gemäß Absatz 3 aufzufangen.

   Wenn wir die monatliche Verwaltungsgebühr anpassen, unterrichten wir Sie über die Ergebnisse und die entsprechend danach geltende Verwaltungsgebühr.

3 Fixkosten bei Verträgen mit laufenden Beiträgen

Bei Verträgen mit laufenden Beiträgen werden die Fixkosten insbesondere durch einen verringerten Zuteilungssatz für die auf die ersten 10 Versicherungsjahre gezahlten Beiträge erhoben (§ 11 Absatz 2). Durch die Fixkosten werden die allgemeinen Kosten des Unternehmens gedeckt, die unabhängig von der aktuellen Geschäftsentwicklung entstehen.

Sie fallen grundsätzlich ohne direkten Bezug zu einem Vertrag an und sind somit nicht den anderen Kosten nach den Absätzen 1 bis 2 sowie 4 bis 8 zuzuordnen.

Für ab dem 11. Versicherungsjahr fällige Beiträge gilt ein Zuteilungssatz gemäß § 11 Absatz 2 f) von mindestens 93,219 %.

4 Garantiegebühr für Ihre Anlage im GENERATION UWP-Fonds III

Bei Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III fällt für die Sicherstellung der Garantie eine gesonderte Gebühr in Höhe von 0,25 % p.a. sowohl des geglätteten als auch des tatsächlichen UWP-Anteilguthabens (Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III, § 5) an.

Diese Gebühr können wir während der Aufschubzeit bis zu dem aktuellen Rentenbeginn Ihres GENERATION private plus, nicht aber rückwirkend, gemäß § 35 erhöhen. Erhöhungen dienen ausschließlich dazu, Kostensteigerungen für die Gewährung der Garantie des GENERATION UWP-Fonds III, nicht aber die der anderen Kosten, aufzufangen. Die Garantiegebühr für Ihre Anlage im GENERATION UWP-Fonds III wird durch Auflösung von Anteilen zu Beginn jedes Monats erhoben.

5 Vertragsbetreuungsgebühr

Bei einer Anlage in Publikumsfonds berechnen wir für den uns hierdurch entstehenden Verwaltungsmehraufwand eine gesonderte Gebühr in Höhe von 1,25 % p.a. des auf den jeweiligen Publikumsfonds entfallenden Anteilguthabens (Vertragsbetreuungsgebühr). Diese wird monatlich durch die Auflösung von Anteilen beglichen. Die Höhe der Gebühr ist abhängig von der Höhe des entsprechenden Anteilguthabens.

Wenn Canada Life als institutioneller Anleger Vergünstigungen von der jeweiligen Fondsgesellschaft, die den Publikumsfonds auflegt und verwaltet, erhält, werden wir diese an Sie als Versicherungsnehmer weitergeben, indem wir die Vertragsbetreuungsgebühr für den entsprechenden Fonds reduzieren werden.

6 Fondsverwaltungsgebühr

Die Fondsverwaltungsgebühren werden bei der Festsetzung der Anteilspreise und bei dem GENERATION UWP-Fonds III darüber hinaus bei der Festsetzung des geglätteten Wertzuwachses berücksichtigt. Sie umfassen insbesondere auch die Managementgebühr für das Fondsvermögen.

Sie werden bei Publikumsfonds von der jeweiligen Fondsgesellschaft, die den Publikumsfonds auflegt, oder bei Canada Life-Fonds von der betreuenden Fondsgesellschaft für das einzelne Fondsvermögen bestimmt.

Die derzeitige Höhe der Fondsverwaltungsgebühren für die einzelnen Fonds finden Sie in den Fondsinformationen, die wir Ihnen mit Ihren Informationen zum GENERATION private plus in Abschnitt I „Besondere Informationen für Ihren GENERATION private plus, Teil II, vor Vertragsabschluss überlassen haben.

Wir teilen Ihnen auf Anfrage gerne die jeweils gültigen Fondsverwaltungsgebühren mit.

Die Fondsverwaltungsgebühr für Canada Life-Fonds deckt unsere internen Gebühren und beinhaltet unter anderem:

- die Gebühr der betreuenden Fondsgesellschaft, sofern wir eine solche Gesellschaft beauftragt haben,
- Aufwendungen für Einrichtung der Fonds, laufende Kontrolle der Vermögensgegenstände und ihre Anpassung,
- Aufwendungen für laufende Berichterstattung.

Die Fondsverwaltungsgebühren für Canada Life-Fonds können, während der Aufschubdauer bis zum Rentenbeginn Ihres Vertrags, nicht aber rückwirkend, erhöht werden.

Erhöhungen dienen ausschließlich dazu, Steigerungen bei diesen Kosten aufzufangen.

7 Fondswechsel

Sie können jährlich bis zu 20 Umschichtungen gemäß § 16 kostenfrei durchführen. Für jeden weiteren Wechsel wird eine Gebühr in Höhe von 50 € erhoben.

8 Kosten im Zusammenhang mit Beitragszahlungen

Wenn Ihr Kreditinstitut die Einlösung einer Lastschrift verweigert oder Sie Ihre Beitragszahlungen aus dem Ausland vornehmen, können wir Ihnen die damit verbundenen Kosten in Rechnung stellen. Bei einem GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen wird dies in der Regel gemeinsam mit der nächsten Beitragszahlung erfolgen.

9 Auswirkungen der Treueboni auf die Kosten Ihres Vertrags

Wir teilen Ihrem GENERATION private plus gemäß § 17 zusätzliche Anteile als Treueboni zu. Ziel der Treueboni ist es, die Auswirkung der Kostenbelastung auf Ihren Vertrag zu reduzieren.

Der Wert des jeweiligen Treuebonus und die mit den Treueboni verfolgte Kostenreduzierung sind abhängig von der Wertentwicklung Ihres Vertrags, so dass sie entsprechend der Wertentwicklung unterschiedlich ausfallen können. Die Treueboni kommen nur vertragstreuen Kunden zugute, die die Voraussetzungen des § 17 erfüllen.

10 Besonderheiten bei Wahl des GENERATION UWP-Fonds III

Wenn Sie Ihren Einmalbeitrag bzw. Ihre laufenden Beiträge vollständig oder anteilig in den GENERATION UWP-Fonds III investieren, finden die beschriebenen Regelungen zur Deckung der Kosten und Gebühren und der Gewährung von Treueboni bei der Berechnung des geglätteten und des tatsächlichen UWP-Anteilguthabens Anwendung.

§ 28 Sind Sie an Überschüssen beteiligt?

Eine Überschussbeteiligung ist ausgeschlossen.

Dies gilt auch für gegebenenfalls vereinbarte Zusatzoptionen.

Sie sind aber an der Entwicklung des Ihrem GENERATION private plus zugrunde liegenden Anteilguthabens durch die Fonds unmittelbar beteiligt. Bei dem GENERATION UWP-Fonds III sind Sie im Rahmen der Bedingungen gemäß Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III beteiligt.

Rentenzahlungen kalkulieren wir so, dass wir Ihnen auch nach Rentenbeginn keine Überschussbeteiligung gewähren können.

§ 29 Wann werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den GENERATION private plus betreffen, wirksam? Welche Formvorschriften gelten? Wem gegenüber können sie abgegeben werden? Welche Auskunftspflichten haben Sie?

1

Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die Ihren GENERATION private plus betreffen, werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform erfolgen und uns zugegangen sind. Dies gilt auch für die Änderung Ihres Namens oder die Änderung Ihrer Postanschrift sowie entsprechende Änderungen bei den Hinterbliebenen. Satz 1 gilt jedoch nicht für Ihr Widerrufsrecht, über dessen Voraussetzungen und Rechtsfolgen haben wir Sie vor und bei Vertragsschluss gesondert informiert.

2

Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

Notwendige Informationen sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben

und

- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß diesem Absatz 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 30 Welches Recht findet auf Ihren GENERATION private plus Anwendung?

Auf Ihren GENERATION private plus findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 31 Was ist zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden und diese erbracht werden?

1 Anzeige des Versicherungsfalls

Sie sollten uns unverzüglich benachrichtigen, sobald Sie den Eindruck haben, dass ein Versicherungsfall vorliegen könnte, es sei denn, wir haben vom Vorliegen des Versicherungsfalls auf andere Weise Kenntnis erlangt.

2 Leistungsempfänger

Zahlungen erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person als bezugsberechtigte Person für den Versicherungsfall benannt haben.

Wenn Sie sterben, ohne eine andere Person zu benennen, zahlen wir etwaige noch fällige Leistungen an Ihre Erben. Ist ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder können wir seinen Aufenthalt nicht ermitteln, dürfen wir an den Inhaber des Versicherungsscheins zahlen.

Wir überweisen Rentenzahlungen und andere Zahlungen ausschließlich in Euro auf das vom Empfangsberechtigen benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

3 Leistungsnachweise und Mitteilungspflichten

Die von Ihnen vorzulegenden Unterlagen und Nachweise hängen von dem Versicherungsfall ab, den Sie geltend machen wollen.

Wenn nicht ausdrücklich anders geregelt, sind uns grundsätzlich Originale der jeweiligen Unterlagen vorzulegen. Unterlagen und Nachweise, die für einen bestimmten Versicherungsfall bei uns einzureichen sind, werden für den jeweiligen Versicherungsfall in den Unterabschnitten b) und c) nachstehend aufgeführt.

a) Zusätzlich zu den in den Unterabschnitten b) und c) aufgeführten Unterlagen und Nachweisen können wir die Zahlung einer Leistung von der Vorlage folgender weiterer Urkunden abhängig machen:

aa) Ihres Versicherungsscheins,

bb) einer amtlichen Geburtsurkunde der versicherten Person bzw. des gegebenenfalls automatisch mitversicherten Kindes, für welche(s) Sie eine Versicherungsleistung geltend machen, und

cc) eines Nachweises der Adoption eines gegebenenfalls automatisch mitversicherten Kindes, für welches Sie eine Versicherungsleistung geltend machen,

dd) einer Heiratsurkunde der versicherten Person sowie Meldebescheinigungen für die versicherte Person und das gegebenenfalls mitversicherte Stiefkind, für welches eine Versicherungsleistung geltend gemacht wird sowie

ee) der Auskunft nach § 29 Absatz 2.

Fremdsprachige Urkunden sind auf Verlangen in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen.

Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir über die ausdrücklich genannten Unterlagen und Nachweise hinaus weitere notwendige Nachweise beziehungsweise Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind von durch uns beauftragten Ärzten oder Gutachtern untersuchen lässt.

b) Sofern Leistungen wegen des Todes der versicherten Person geltend gemacht werden, können wir die Vorlage eines amtlichen Geburtstags und -ort enthaltenden Sterbeurkunde verlangen.

Wenn die Zusatzoption Besonderer Todesfallschutz vereinbart ist, muss uns darüber hinaus eine ausführliche, durch einen qualifizierten Arzt oder amtlich ausgestellte Bestätigung über die Todesursache sowie ggf. Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod geführt hat, für die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind vorgelegt werden.

Nach dem Tod des Versicherungsnehmers hat derjenige, der sich gegenüber uns auf die Rechtsnachfolge des Versicherungsnehmers beruft, uns seine erbrechtliche Berechtigung in geeigneter Weise nachzuweisen.

Wird uns zum Beispiel ein Erbschein, eine Ausfertigung oder eine beglaubigte Abschrift der letztwilligen Verfügung (Testament, Erbvertrag) nebst zugehöriger Eröffnungsniederschrift vorgelegt, dürfen wir denjenigen, der darin als Erbe oder Testamentsvollstrecker bezeichnet ist, als Berechtigten ansehen, ihn verfügen lassen und insbesondere mit befreiender Wirkung an ihn leisten. Dies gilt nicht, wenn uns bekannt ist, dass der dort Genannte (zum Beispiel nach Anfechtung oder wegen Nichtigkeit des Testaments) nicht verfügungsberechtigt ist oder wenn uns dies infolge Fahrlässigkeit nicht bekannt geworden ist. Fremdsprachige Urkunden sind auf Verlangen in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen.

c) Wenn Leistungen wegen einer versicherten schweren Krankheit, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit geltend gemacht werden, sind uns zunächst auf Ihre Kosten nur folgende Informationen vorzulegen, damit wir mit der Leistungsprüfung beginnen können:

- Arztberichts-Fragebogen (von uns bereitgestellt)
- Die in der Definition der jeweiligen schweren Krankheiten in § 14 der Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten genannten Unterlagen
- Zusätzliche Krankenkassen-/Krankenversicherungauskunft zu der Krankheit, für die eine Leistung verlangt wird, ihrem Krankheitsverlauf und der erfolgten Behandlung

Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie gegebenenfalls auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests enthalten. Soweit in den Definitionen besondere genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.

Bitte beachten Sie, dass die Leistungsprüfung in einem Dialog mit Ihnen erfolgt. Das bedeutet, dass wir nicht alle Unterlagen in einem Schritt bei Ihnen oder Dritten anfordern dürfen, sondern nur die Unterlagen, die im jeweils aktuellen Prüfungsschritt erforderlich sind. Dadurch kann es dazu kommen, dass wir im Rahmen der Prüfung weitere Unterlagen im Dialog mit Ihnen anfordern müssen. Damit werden keine Unterlagen von uns angefordert, die zur aktuellen Prüfung nicht erforderlich sind.

Werden Leistungen wegen einer versicherten schweren Krankheit geltend gemacht, gilt darüber hinaus § 11 der Anlage A – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten.

d) Die Kosten für eventuell nötige weitere Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte werden von uns übernommen. Hält sich die versicherte Person bzw. das gegebenenfalls automatisch mitversicherte Kind im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in der Economyklasse erstattet.

Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 € pro Übernachtung übernommen. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

e) Zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte haben die versicherte Person bzw. das gegebenenfalls automatisch mitversicherte Kind bzw. ein Elternteil oder der Vormund des Kindes die Möglichkeit, eine allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben.

f) Die Anzeige- und Auskunftspflichten gemäß den Unterabschnitten a) bis c) gelten entsprechend für den Bezugsberechtigten.

g) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und gegebenenfalls ab welchem Tag wir eine Leistungspflicht anerkennen. Dieser Tag gilt als Zeitpunkt der Feststellung des Versicherungsfalls.

h) Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen und der Anlagen sind Ärzte bzw. Fachärzte, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland,

Norwegen, die Schweiz und die USA. Wir können auf Antrag auch Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen.

i) Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Mitwirkungspflicht (Obliegenheit) vorsätzlich verletzt, sind wir für diesen Versicherungsfall von der Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässiger Verletzung haben wir das Recht, unsere Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens zu kürzen.

Erbringen Sie den Nachweis, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt unserer Leistungspflicht bestehen.

Unsere Leistungspflicht bleibt auch bestehen, soweit uns nachgewiesen wurde, dass die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat.

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Bei Arglist bleiben wir generell leistungsfrei.

j) Ab aktuellem Rentenbeginn können wir ferner auf unsere Kosten ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die Person, auf deren Leben wir eine Rente zahlen, noch lebt. Der Tod der Person, auf deren Leben wir eine Rente zahlen, ist uns unverzüglich anzuzeigen. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

k) Wenn Sie die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente oder Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben, gelten darüber hinaus die §§ 12, 14 und 15 der Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

l) Leistungen an den Bezugsberechtigten
Die Anzeige- und Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 3 gelten entsprechend für den Bezugsberechtigten.

§ 32 Verjährung

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung erstmals verlangt werden kann und der Berechtigte von den einen Anspruch begründenden Umständen und dem Schuldner Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verjähren alle Ansprüche in 10 Jahren. Ist der Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 33 Wo ist der Gerichtsstand?

1 Ansprüche gegen Canada Life

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Sie können auch bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist, bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die vertraglich nicht ausgeschlossen werden dürfen, können Sie auch dort Klage erheben.

2 Ansprüche gegen den Versicherungsnehmer

Klagen aus dem Versicherungsvertrag müssen wir bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist, bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz.

Ist deren Geschäftssitz unbekannt, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

3 Allgemein

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsschluss in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Das gilt auch, falls Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsschluss nach Island, Norwegen oder die Schweiz verlegen und der jeweilige Staat nicht mehr Mitglied des Übereinkommens über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen vom 30. Oktober 2007 (Luganer Übereinkommen) oder einem ihm nachfolgenden Übereinkommen ist.

§ 34 Können die Versicherungsbedingungen von uns angepasst werden?

Ist eine Bestimmung dieser Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Wahrung des Vertragszieles der Versicherungsnehmer des GENERATION private plus angemessen berücksichtigt. Die neue Regelung wird 2 Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 35 Können wir die Gebühren für die Garantien ändern?

1 Voraussetzung für die Gebührenanpassung

Wir sind zu einer Erhöhung der Gebühren für die Garantien berechtigt, wenn

a) sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Gebühren geändert hat,

b) die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Gebühr angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und

c) ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Buchstaben a) und b) überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Gebühr ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

2 Herabsetzung der Versicherungsleistung

Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Gebühr nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer Beitragsfreistellung sind wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.

3 Wirksamkeit der Anpassung

Die Neufestsetzung der Gebühren und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

§ 36 Welche Abgaben sind zu berücksichtigen?

Sofern aufgrund deutschen oder – falls anwendbar – ausländischen Rechts Steuern oder sonstige Abgaben auf Beiträge oder Leistungen erhoben werden und wir verpflichtet sind, diese direkt an die Steuerbehörde abzuführen, erhöhen wir bei beitragsbezogenen Steuern die Beiträge bzw. ziehen wir die leistungsbezogenen Steuern vom Auszahlungsbetrag ab.

§ 37 Welche Schlichtungsstelle gibt es?

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit können Sie regelmäßig nach Erhalt einer unserer Entscheidungen ein kostenloses außergerichtliches Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Dazu müssten Sie Ihre Beschwerde telefonisch, schriftlich, per E-Mail oder in jeder anderen geeigneten Form beim Versicherungsombudsmann e.V. einlegen. Die Kontaktdaten lauten:

- Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32,
  10006 Berlin, Tel.: 0800-369600, Fax: 0800-3699000
  E-Mail: beschwerde@Versicherungsombudsmann.de
  Internetseite: www.versicherungsombudsmann.de

§ 38 Übersicht der Definitionen

Ohne damit noch zusätzlich etwas regeln zu wollen, führen wir nachstehend die wichtigsten Definitionen für die Begriffe auf, die wir immer wieder im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen sowie auch während der weiteren Vertragslaufzeit verwenden.

Wir beschränken uns darauf, auf die Fundstelle in der jeweiligen Bestimmung dieser Versicherungsbedingungen zu verweisen:

A

Aktuelle Beitragszahlungsdauer: § 21 Absatz 4
Aktueller Rentenbeginn: § 5 Absatz 6
Anteile: § 11 Absatz 1
Anteilguthaben: § 14
Anzuwendender Rentenfaktor: § 4 Absatz 3
APM: Anlage D – Automatisches Portfolio Management
Aufschubzeit: § 1 Absatz 1
Ausgabekurs: § 12 und § 15
Automatisches Ablaufmanagement: § 26

B

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit: § 7 Absatz 1 und Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

Beitragsgarantie: § 3 in der Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III Berufsunfähigkeitsrente: § 7 Absatz 1 und Anlage B – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit
Besonderer Todesfallschutz: § 7 Absatz 1 d)
Bewertungsstichtag: § 15
Bezugsberechtigter: § 31 Absatz 2

E

Einlösungsbeitrag: § 2 Absatz 1
Erwerbsunfähigkeitsabsicherung: § 7 Absatz 1 e)

F

Fixkosten: § 27 Absatz 3
Fondsverwaltungsgebühr: § 27 Absatz 6

G

Garantierter Rentenfaktor: § 4 Absatz 4
GENERATION private plus: § 1 Absatz 1

H

Hinausgeschobener Rentenbeginn: § 5 Absatz 4

K

Kosten und Gebühren: § 27
Kündigung: § 25

L

Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten: § 7 Absatz 1 a)

N

Notfalloption: § 25 Absatz 1 c)

R

Rentenvermögen: § 4 Absatz 1
Rückkaufswert: § 25 Absatz 3
Rücknahmekurs: § 12 und § 15

S

Startoption: § 22

T

Treuebonus: § 17

U

Ursprüngliche Beitragszahlungsdauer: § 18 Absatz 1
Ursprünglicher Rentenbeginn: § 5 Absatz 1
GENERATION UWP-Fonds III: § 1 Absatz 1 in Verbindung mit Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III
UWP-Wert: Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III, § 6 Absatz 8

V

Verbleibende Beitragszahlungsdauer: § 11 Absatz 3
Verlängerte/Verkürzte Beitragszahlungsdauer: § 21 Absatz 4
Versicherungsbeginn: § 2 Absatz 1
Versicherungsjahr: § 2 Absatz 4
Vorgezogener Rentenbeginn: § 5 Absatz 2

W

Wert Ihres Anteilguthabens: § 14

Z

Zusatzoptionen: § 7

ANLAGE A

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE ZUSATZOPTION LEISTUNG BEI BESTIMMTEN SCHWEREN KRANKHEITEN

Für den GENERATION private plus mit laufender Beitragszahlung kann die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten vereinbart werden.

Bei der Zusatzoption handelt es sich nicht um eine selbstständige Zusatzversicherung, sondern um einen unselbstständigen Teil Ihres Vertrags. Soweit in dieser Anlage nichts anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen in den Versicherungsbedingungen für den GENERATION private plus (im Weiteren „Versicherungsbedingungen").

Zur besseren Übersichtlichkeit dieser Anlage A haben wir Querverweise auf andere Bestimmungen nur dann gesondert bezeichnet, wenn sie sich außerhalb dieser Besonderen Bedingungen befinden. Querverweise, die nicht gesondert bezeichnet sind, beziehen sich auf diese Anlage.

§ 1 Was ist versichert?

1

Die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten bietet Versicherungsschutz für den Fall, dass bei der versicherten Person während der für diese Zusatzoption geltenden Versicherungsdauer eine schwere Krankheit gemäß § 14 eintritt.

2

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum vom Beginn des Versicherungsschutzes (§ 6 Absatz 1) bis zum Ende des Versicherungsschutzes (§ 6 Absatz 3).

Für 2 Krankheiten bestehen nach § 6 Absatz 2 Wartezeiten bis zum Beginn des Versicherungsschutzes.

3

Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr der versicherten Person ist die Versicherungssumme auf 150.000 € begrenzt. Danach gilt ohne erneute Risikoprüfung der volle Versicherungsschutz.

4

Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts Abweichendes vereinbart ist, beläuft sich die vereinbarte Versicherungsleistung für schwere Krankheiten auf die in Ihrem Versicherungsschein angegebene versicherte Leistung für schwere Krankheiten.

Die Versicherungsleistung und der für den Risikoschutz berechnete Beitragsanteil bleiben während der Versicherungsdauer grundsätzlich gleich, sofern sich aus diesen Besonderen Bedingungen und den mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen (z. B. bei einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung der Beiträge) nichts anderes ergibt.

5

Wenn Sie zu Ihrem GENERATION private plus die planmäßige Erhöhung der Beiträge gemäß § 19 der Versicherungsbedingungen vereinbart haben, erhöht sich die versicherte Leistung für schwere Krankheiten mit jeder planmäßigen Erhöhung des Beitrags um die Hälfte des für die planmäßige Erhöhung der Beiträge vereinbarten Prozentsatzes.

Für den insoweit erhöhten Versicherungsschutz werden wir auch den Beitragsanteil für den Risikoschutz nach den ursprünglichen Kalkulationsgrundlagen neu berechnen.

Im Fall einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung der Beiträge für Ihren GENERATION private plus oder einer sonstigen Änderung des Versicherungsschutzes erhalten Sie von uns einen Nachtrag zu Ihrem Versicherungsschein mit der dann gültigen Versicherungsleistung und dem neuen Beitrag inklusive des neu berechneten Beitragsanteils für den Risikoschutz.

Alle für diese Zusatzoption getroffenen Vereinbarungen erstrecken sich auch auf die auf jährliche Erhöhungen entfallenden Teile.

Die jährliche Erhöhung der versicherten Leistung endet,

- wenn die planmäßige Erhöhung der Beiträge vollständig ausgeschlossen wird,
- wenn die versicherte Leistung 300 % der zu Versicherungsbeginn oder nach einer Erhöhung gemäß § 10 versicherten Leistung beträgt oder
- am Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem 67. Geburtstag der versicherten Person folgt.

In den letzten 5 Jahren vor dem aktuellen Rentenbeginn findet keine planmäßige Erhöhung der versicherten Leistung mehr statt. Die letzte planmäßige Erhöhung erfolgt somit spätestens zum fünftletzten Jahrestag des Versicherungsbeginns vor dem Rentenbeginn Ihres GENERATION private plus.

Weitergehende Informationen zur planmäßigen Erhöhung Ihrer Beiträge finden Sie in § 19 der Versicherungsbedingungen.

§ 2 Wann entsteht der Anspruch auf die versicherte Leistung?

1

Wenn bei der versicherten Person während der für diese Zusatzoption vereinbarten Versicherungsdauer eine bestimmte schwere Krankheit gemäß § 14 eingetreten ist, erbringen wir die vereinbarte Versicherungsleistung für schwere Krankheiten ab dem 15. Tag, nachdem ein qualifizierter Arzt im Sinne von § 11 Absatz 3 die schwere Krankheit zweifelsfrei festgestellt hat.

Die versicherten schweren Krankheiten und die wesentlichen Unterlagen, die zum Nachweis ihres Eintritts bei uns eingereicht werden müssen, sind in § 14 definiert.

Wird in § 14 der Bericht eines bestimmten Arztes als Nachweis verlangt, muss die Feststellung der bestimmten schweren Krankheit durch diesen erfolgt sein.

Um einen Leistungsfall prüfen zu können, kann die Einreichung weiterer Unterlagen erforderlich sein (siehe § 11 dieser Besonderen Bedingungen sowie § 31 Absatz 3 der Versicherungsbedingungen).

2

Wenn im Rahmen eines Versicherungsfalls zugleich mehr als eine gemäß § 14 versicherte schwere Krankheit vorliegt, erbringen wir die Versicherungsleistung für schwere Krankheiten nur einmal.

3

Für die versicherte schwere Krankheit Multiple Sklerose besteht unter den in § 14 festgelegten Voraussetzungen ein Anspruch auf eine einmalige Teilzahlung der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

Wenn wir eine Teilzahlung erbracht haben, verringert sich die versicherte Leistung für schwere Krankheiten um den Betrag dieser Teilzahlung und es besteht kein Anspruch auf eine weitere Teil-

zahlung in Bezug auf diese versicherte schwere Krankheit. Der Versicherungsschutz für schwere Krankheiten bleibt in diesem entsprechend verringerten Umfang bestehen. Die Höhe des Risikobeitrags ändert sich nicht durch die Teilzahlung.

§ 3 Welcher Anspruch besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung einer schweren Krankheit stirbt?

Stirbt die versicherte Person innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung der schweren Krankheit, zahlen wir die gemäß § 6 der Versicherungsbedingungen für Ihren GENERATION private plus versicherte Todesfallleistung anstelle der Versicherungsleistung für schwere Krankheiten.

§ 4 In welchem Umfang reduziert sich die versicherte Leistung nach einem ersten Versicherungsfall? In welchem Umfang besteht Versicherungsschutz für einen zweiten Versicherungsfall?

1

Die versicherten Krankheiten sind in sechs Gruppen von Erkrankungen unterteilt:
– Gruppe 1: Organversagen
– Gruppe 2: Zentrales Nervensystem
– Gruppe 3: Herz-Kreislauf-System
– Gruppe 4: Entzündungen
– Gruppe 5: Tumore
– Gruppe 6: Weitere Krankheiten/Absicherungen

2

Bei einem ersten Versicherungsfall für eine schwere Krankheit aus den Gruppen 1 bis 5, für den wir einen Leistungsanspruch anerkennen, endet der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption lediglich für die schweren Krankheiten aus der jeweiligen Gruppe, für die wir die Leistung erbracht haben.

Der Versicherungsschutz für schwere Krankheiten aus den verbleibenden Gruppen (inklusive Gruppe 6) bleibt in Höhe von 50 % der vereinbarten versicherten Leistung für bestimmte schwere Krankheiten bestehen.

3

Wenn der erste Versicherungsfall für eine schwere Krankheit, für den wir einen Leistungsanspruch anerkennen, zu einer schweren Krankheit aus Gruppe 6 oder aufgrund eines Unfalles eingetreten ist, endet der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption lediglich für die schwere Krankheit, für die wir die Leistung erbracht haben.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

In beiden Fällen bleibt der Versicherungsschutz für die übrigen schweren Krankheiten aus allen Gruppen 1 bis 6 in Höhe von 50 % der vereinbarten versicherten Leistung für schwere Krankheiten bestehen.

4

Der Risikobeitrag für die Zusatzoption wird zur nächsten Prämienfälligkeit, nachdem wir den Versicherungsfall anerkannt haben, nach Maßgabe des auf die verbleibende Versicherungsleistung entfallenden Beitragsanteils reduziert.

Bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalls für eine schwere Krankheit aus einer der verbleibenden Gruppen, für den wir einen Leistungsanspruch anerkennen, endet der Versicherungsschutz für schwere Krankheiten aus dieser Zusatzoption.

5

Die Regelungen in diesem § 4 gelten nicht für automatisch mitversicherte Kinder. Für automatisch mitversicherte Kinder besteht daher kein Versicherungsschutz für einen zweiten Versicherungsfall.

§ 5 Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder?

1

Die leiblichen und adoptierten Kinder sowie Stiefkinder (im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder des Ehepartners oder Lebenspartners nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft – LPartG) der versicherten Person (automatisch mitversicherte Kinder) sind ab dem 30. Tag nach der Geburt bis zum 18. Geburtstag nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gegen versicherte schwere Krankheiten gemäß § 14 mitversichert.

Solange die automatisch mitversicherten Kinder im Haushalt der versicherten Person leben und die Voraussetzungen des § 32 Abs. 4 und 5 Einkommensteuergesetz (EStG) vorliegen, besteht der Versicherungsschutz auch über den 18. Geburtstag des jeweiligen automatisch mitversicherten Kindes hinaus, längstens jedoch bis zu seinem 25. Geburtstag.

2

Wenn bei einem automatisch mitversicherten Kind eine schwere Krankheit gemäß § 14 eintritt, solange nach Absatz 1 der Versicherungsschutz für das automatisch mitversicherte Kinder besteht, erbringen wir die in Absatz 3 vereinbarte versicherte Leistung ab dem 15. Tag, nachdem ein qualifizierter Arzt im Sinne von § 11 Absatz 3 die schwere Krankheit zweifelsfrei festgestellt hat. Es besteht aber kein Schutz für die versicherte schwere Krankheit „Abhängigkeit von einer dritten Person“. Wenn zugleich mehr als eine versicherte schwere Krankheit für ein automatisch mitversichertes Kind vorliegt, erbringen wir die versicherte Leistung nur einmal.

§ 4 Absatz 1 bis 4 findet keine Anwendung. Für automatisch mitversicherte Kinder besteht daher kein Versicherungsschutz für einen zweiten Versicherungsfall.

Im Übrigen gelten § 2 Absatz 1 sowie § 6 Absatz 2 entsprechend.

3

Die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von
– 50 % der über diese Zusatzoption für die versicherte Person versicherten Leistung für schwere Krankheiten oder
– 35.000 €.

Bei einem Anspruch auf Teilzahlung für die versicherte Krankheit Multiple Sklerose ist die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind der geringere Betrag von
– 25 % der über diese Zusatzoption für die versicherte Person versicherten Leistung für schwere Krankheiten oder
– 50 % der jeweiligen für die versicherte Person gültigen Höhe der Teilzahlung.

Wenn wir eine Teilzahlung für die versicherte schwere Krankheit Multiple Sklerose erbracht haben, verringert sich die nach Absatz 3 Satz 1 versicherte Leistung um diese Teilzahlung und es besteht kein Anspruch auf eine weitere Teilzahlung in Bezug auf diese versicherte schwere Krankheit.

Der Schwere Krankheiten Schutz für ein automatisch mitversichertes Kind bleibt in diesem entsprechend verringerten Umfang bestehen.

4

Wenn mehr als ein Kind automatisch mitversichert ist, gilt Folgendes: die Summe aller Leistungen, die insgesamt während der Versicherungsdauer der Zusatzoption für alle automatisch mitversicherten Kinder gezahlt wird, beträgt maximal 50 % der über diese Zusatz-

option für die versicherte Person versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

5

Eine Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind hat keinen Einfluss auf den Umfang der versicherten Leistung für schwere Krankheiten der versicherten Person. Der im Rahmen dieser Zusatzoption für die versicherte Person bestehende Versicherungsschutz verringert sich durch eine Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind folglich nicht.

6

Es gelten sämtliche in § 8 und gegebenenfalls in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Ausschlüsse, wobei insbesondere auf die zusätzlichen Ausschlüsse für automatisch mitversicherte Kinder nach § 8 Absatz 5 hingewiesen wird.

7

Der Schwere Krankheiten Schutz für ein automatisch mitversichertes Kind endet,

a) wenn bei dem automatisch mitversicherten Kind eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, für die wir eine Zahlung nach Absatz 3 Satz 1 zu erbringen haben, aber nicht, wenn nur ein Anspruch auf eine Teilzahlung besteht, oder

b) mit dem Ende des für diese Zusatzoption bestehenden Versicherungsschutzes für die versicherte Person in den in § 6 Absatz 3 aufgeführten Fällen.

8

Über die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten besteht kein Todesfallschutz für automatisch mitversicherte Kinder.

§ 6 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz? Welche Wartezeiten bestehen?

1

Der Versicherungsschutz der gewählten Zusatzoption beginnt mit dem Beginn des Versicherungsschutzes für Ihren GENERATION private plus gemäß § 2 Absatz 1 der Versicherungsbedingungen.

2

Für folgende der in § 14 aufgeführten Krankheiten setzt der Versicherungsschutz abweichend von Absatz 1 erst nach Ablauf einer Wartezeit ein:
– für die Krankheit „Krebs“ besteht eine Wartezeit von 6 Monaten und
– für die Krankheit „Bypass-Operation der Herzkranzgefäße“ besteht eine Wartezeit von 3 Monaten.

Die jeweilige Wartezeit beginnt an dem Tag, an dem der Versicherungsschutz nach Absatz 1 für schwere Krankheiten ohne Wartezeit beginnt.

Für einen Versicherungsfall, der vor Ablauf der Wartezeit eingetreten ist, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung. Falls Sie die versicherte Leistung während der Versicherungsdauer dieser Zusatzoption gemäß § 10 erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Für den vor der Erhöhung bestehenden Versicherungsschutz gilt die erneute Wartezeit nicht.

3

Der Versicherungsschutz der Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten endet

- wenn wir von Ihrem GENERATION private plus zurücktreten oder ihn anfechten (in diesen Fällen entfällt der Versicherungsschutz gegebenenfalls sogar rückwirkend, siehe § 3 der Versicherungsbedingungen);
- wenn der Wert aller Ihrem GENERATION private plus zugewiesenen Anteile auf null sinkt. Wenn Sie Ihre Beiträge vollständig oder anteilig in den GENERATION UWP-Fonds III investiert haben, ist hierfür der Wert sowohl des geglätteten als auch des tatsächlichen Anteilguthabens maßgeblich;
- bei Kündigung Ihres GENERATION private plus;
- mit Ablauf der für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Beitragszahlungsdauer;
- bei ursprünglichem Rentenbeginn (§ 5 Absatz 1 der Versicherungsbedingungen) bzw. bei vorgezogenem Rentenbeginn (§ 5 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen) Ihres GENERATION private plus;
- mit Auszahlung der versicherten Leistung für einen 2. Versicherungsfall;
- bei Tod der versicherten Person oder
- spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet.

Für den Fall, dass Sie für Ihren GENERATION private plus eine Beitragszahlungsdauer von mehr als 50 Jahren vereinbart haben, endet der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption zudem zum 50. Jahrestag des für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Versicherungsbeginns.

4

Der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption endet ebenfalls mit Beginn einer befristeten Beitragsfreistellung, einer befristeten Beitragsreduzierung oder einer Beitragsstundung gemäß § 24 der Versicherungsbedingungen. Wenn die Beitragszahlung in diesen Fällen innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung bzw. -reduzierung wieder in voller Höhe aufgenommen wird, lebt die Zusatzoption ohne erneute Gesundheitsprüfung automatisch wieder auf. Dabei überprüfen wir, ob und inwieweit die Höhe der zuvor versicherten Leistung für schwere Krankheiten in Ansehung der ausgesetzten Beitragszahlung angepasst werden muss. Wenn sich im Rahmen der Überprüfung die Höhe der versicherten Leistung reduzieren sollte, teilen wir Ihnen dies in Textform mit.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 24 der Versicherungsbedingungen.

Der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten endet zudem, wenn Sie für Ihren GENERATION private plus eine Beitragsfreistellung gemäß § 23 der Versicherungsbedingungen vereinbaren. Der Versicherungsschutz endet ab dem Beginn der beitragsfreien Zeit.

Informationen zu den Möglichkeiten, die Zusatzoption in diesen Fällen und im Fall einer befristeten Beitragsfreistellung aufgrund von Elternzeit von mehr als 12 Monaten nach Wiederaufnahme der Beitragszahlung erneut einzuschließen, finden Sie in §§ 23 Absatz 3 und 24 Absatz 2 d) der Versicherungsbedingungen.

§ 7 Wann können Sie den Versicherungsschutz aus der Zusatzoption ohne erneute Risikoprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?

1

Sie können bis 5 Jahre vor dem Ende des Versicherungsschutzes eine Verlängerung des Versicherungsschutzes aus dieser Zusatzoption ohne erneute Risikoprüfung beantragen.

Eine Verlängerung der Versicherungsdauer ist nur möglich, wenn dadurch die für Ihren GENERATION private plus vereinbarte Beitragszahlungsdauer bzw. der vereinbarte Rentenbeginn nicht überschritten wird. Gegebenenfalls können Sie gleichzeitig auch den vereinbarten Rentenbeginn gemäß § 5 Absatz 4 der Versicherungsbedingungen hinausschieben und auch die Beitragszahlungsdauer gemäß § 21 Absatz 4 der Versicherungsbedingungen entsprechend verlängern.

Weitere Voraussetzungen sind:
– die versicherte Person ist zum Zeitpunkt der Ausübung der Verlängerungsoption nicht älter als 50 Jahre,
– ein Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten bzw. es sind noch keine Leistungen beantragt.

2

Wenn die in Absatz 1 aufgeführten Voraussetzungen vorliegen, kann der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption
- um bis zu 50 Jahre,
- höchstens bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihren 75. Geburtstag erreicht

verlängert werden.

Die Verlängerungsoption kann während der Versicherungsdauer der Zusatzoption bis zu drei Mal in Anspruch genommen werden.

3

Der neue Risikobeitrag nach einer Verlängerung wird unter Berücksichtigung folgender Tatsachen errechnet:
- dem für Ihren Vertrag GENERATION private plus zum Zeitpunkt der Ausübung der Verlängerungsoption gültigen Tarif,
- dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter der versicherten Person,
- der verbleibenden Versicherungsdauer der Zusatzoption (inklusive Verlängerungslaufzeit) und
- einem eventuell bei Vertragsabschluss vereinbarten Zuschlag für den Risikobeitrag.

4

Wenn für die Zusatzoption Leistungseinschränkungen vereinbart sind, gelten diese auch für die hinzukommende Versicherungsdauer.

§ 8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz für die Zusatzoption ausgeschlossen?

1

Grundsätzlich leisten wir für Versicherungsfälle, die während der für diese Zusatzoption vereinbarten Versicherungsdauer eingetreten sind, unabhängig davon, wo und wodurch es zum Versicherungsfall gekommen ist. Wir gewähren Versicherungsschutz auch dann, wenn der Versicherungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen eingetreten ist. Innere Unruhen sind gegeben, wenn zahlenmäßig nicht unerhebliche Teile der Bevölkerung in einer die öffentliche Ruhe und Ordnung störenden Weise in Bewegung geraten und Gewalt gegen Personen oder Sachen verüben.

Wir werden aber nicht leisten, wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person bzw. ein automatisch mitversichertes Kind verursacht worden ist

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens von Ihnen oder der versicherten Person oder eines automatisch mitversicherten Kindes;

b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall oder absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person bzw. eines automatisch mitversicherten Kindes. Wir werden aber leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

c) ganz oder teilweise durch eine Ansteckung mit einem HIV-Immunschwächevirus oder wenn der Versicherungsfall in Zusammenhang mit einem erworbenen Immundefektsyndrom (Aids) oder einer ähnlichen Immunschwächekrankheit oder einem damit verbundenen Syndrom steht.

Wir werden aber leisten, wenn die in der § 14 genannten Voraussetzungen für eine Leistung bei „HIV-Infektion durch Bluttransfusion“, „HIV Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs“ oder „HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten“ erfüllt worden sind;

d) durch Strahlen aufgrund von Kernenergie. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person bzw. ein automatisch mitversichertes Kind berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgte.

2

Unsere Leistungspflicht entfällt, wenn der Versicherungsfall bei der versicherten Person bzw. einem automatisch mitversicherten Kind in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen verursacht wird.

Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherungsfall bei der versicherten Person bzw. einem automatisch mitversicherten Kind in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wird, denen sie bzw. es während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Außerdem werden wir leisten, wenn die versicherte schwere Krankheit während eines Aufenthalts außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person bzw. ein automatisch mitversichertes Kind als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

3

Wir leisten auch dann nicht, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch eingetreten ist.

Wir leisten aber, wenn die Medikamente, die zur Abhängigkeit geführt haben, durch einen qualifizierten Arzt verschrieben und unter dessen Anleitung eingenommen wurden.

4

Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne Krankheiten. Diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der jeweiligen versicherten schweren Krankheit in § 14 aufgeführt. Aus Ihrem Versicherungsschein können sich weitere Ausschlüsse ergeben.

5

Für automatisch mitversicherte Kinder gilt zusätzlich folgender Ausschluss:

Wir leisten nicht, wenn der Versicherungsfall bei einer versicherten schweren Krankheit durch einen Gesundheitszustand eingetreten ist, welcher vor dem 30. Tag nach der Geburt des Kindes diagnostiziert wurde oder wenn diese Diagnose einem Elternteil oder dem gesetzlichen Vormund bei Vertragsabschluss bzw. bei Einschluss dieser Zusatzoption oder bei späterer Adoption zum Zeitpunkt der Adoption bekannt war oder bekannt sein musste.

Dieser Ausschluss für automatisch mitversicherte Kinder gilt entsprechend, wenn es sich um ein Stiefkind handelt und die Diagnose dem leiblichen Elternteil oder der versicherten Person bei Vertragsabschluss bzw. bei Einschluss dieser Zusatzoption oder bei späterer Heirat zum Zeitpunkt der Heirat der versicherten Person mit dem leiblichen Elternteil des mitversicherten Kindes bekannt war oder bekannt sein musste.

§ 9 Müssen Sie uns eine nachträgliche Erhöhung des Risikos mitteilen?

Sie sind nicht dazu verpflichtet, uns eine Erhöhung des Risikos (z. B. durch die Ausübung eines neuen Berufs, die Aufnahme des Rauchens oder einer neuen Freizeitaktivität) nach Versicherungsbeginn Ihres GENERATION private plus gemäß § 23 bis 27 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mitzuteilen, es sei denn, dass wir eine erneute Risikoprüfung durchführen (z. B. bei Vertragsänderungen).

§ 10 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz für die Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten erhöhen?

1

Sie können jederzeit eine Erhöhung der versicherten Leistung bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 1.000.000 € beantragen. Unsere Zustimmung zu einer beantragten Erhöhung der versicherten Leistung hängt von unserer Einschätzung nach einer erneuten Risikoprüfung ab.

2

Für den erhöhten Teil der versicherten Leistung gelten die zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen, Versicherungsbedingungen und Besondere Bedingungen. Soweit Zuschläge für den Risikobeitrag vereinbart waren oder besondere Vereinbarungen getroffen waren, gelten diese auch für den erhöhten Teil der versicherten Leistung.

3

Durch die Erhöhung der versicherten Leistung werden sich die für die Absicherung gegen bestimmte schwere Krankheiten kalkulierten Risikobeiträge und gegebenenfalls auch der Beitrag für Ihren GENERATION private plus erhöhen. Über eine gegebenenfalls erforderliche Beitragserhöhung werden wir Sie informieren.

§ 11 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten?

Mit welchen Folgen müssen Sie rechnen, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten nicht beachten?

1

Sie sollten uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) benachrichtigen, sobald Sie den Eindruck haben, dass ein Versicherungsfall vorliegen könnte, damit eine zügige Bearbeitung eines Versicherungsfalls erfolgen kann.

2

Wenn Leistungen wegen einer versicherten schweren Krankheit geltend gemacht werden, sind uns zunächst auf Ihre Kosten nur folgende Informationen vorzulegen, damit wir mit der Leistungsprüfung beginnen können:

- Arztberichts-Fragebogen (von uns bereitgestellt)
- Die in der Definition der jeweiligen schweren Krankheiten in § 14 genannten Unterlagen
- Zusätzliche Krankenkassen-/Krankenversicherungsauskunft zu der Krankheit, für die eine Leistung verlangt wird, ihrem Krankheitsverlauf und der erfolgten Behandlung.

Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie gegebenenfalls auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.

Bitte beachten Sie, dass die Leistungsprüfung in einem Dialog mit Ihnen erfolgt. Das bedeutet, dass wir nicht alle Unterlagen in einem Schritt bei Ihnen oder Dritten anfordern dürfen, sondern nur die Unterlagen, die im jeweils aktuellen Prüfungsschritt erforderlich sind. Dadurch kann es dazu kommen, dass wir im Rahmen der Prüfung weitere Unterlagen im Dialog mit Ihnen anfordern müssen. Damit werden keine Unterlagen von uns angefordert, die zur aktuellen Prüfung nicht erforderlich sind.

3

Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Besonderen Bedingungen sind Ärzte bzw. Fachärzte, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz und die USA. Wir können auf Antrag auch Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen.

4

Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Mitwirkungspflicht (Obliegenheit) vorsätzlich verletzt, sind wir für diesen Versicherungsfall von der Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässiger Verletzung haben wir das Recht, unsere Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens zu kürzen.

Erbringen Sie den Nachweis, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt unserer Leistungspflicht bestehen.

Unsere Leistungspflicht bleibt auch bestehen, soweit uns nachgewiesen wurde, dass die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat.

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Bei Arglist bleiben wir generell leistungsfrei.

5

Für die Prüfung des Versicherungsfalls gelten darüber hinaus die Regelungen in § 31 Absatz 3 der Versicherungsbedingungen.

§ 12 Wie ist das Verhältnis zu Ihrem GENERATION private plus?

1

Die gewählte Zusatzoption bildet mit Ihrem GENERATION private plus eine Einheit; sie kann ohne diese Versicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens mit dem vereinbarten Rentenbeginn oder wenn der Versicherungsschutz aus dem GENERATION private plus zu einem früheren Zeitpunkt endet, endet auch die Zusatzoption.

2

Der Versicherungsschutz aus der gewählten Zusatzoption endet, wenn Sie Ihren GENERATION private plus unbefristet oder befristet beitragsfrei stellen, eine Beitragsstundung oder befristete Beitragsreduzierung vereinbaren (§§ 23 bzw. 24 der Versicherungsbedingungen). Wenn Sie die Beitragszahlung innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung bzw. -reduzierung wieder aufnehmen, lebt die Zusatzoption in den Fällen des § 24 der Versicherungsbedingungen automatisch wieder auf bzw. können Sie die Zusatzoption unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 23 Absatz 3 und § 24 Absatz 2 d) der Versicherungsbedingungen wieder einschließen.

3

Der Versicherungsschutz aus der gewählten Zusatzoption endet ebenfalls, wenn Sie den Rentenbeginn hinausschieben (§ 5 der Versicherungsbedingungen) oder Ihren GENERATION private plus kündigen (§ 25 der Versicherungsbedingungen) sowie mit dem Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

4

Ansprüche auf eine Leistung für bestimmte schwere Krankheiten aus der Zusatzoption für einen Versicherungsfall, der bereits vor der Kündigung gemäß § 25 der Versicherungsbedingungen oder vor einer zu Ihrem GENERATION private plus nach §§ 23 und 24 der Versicherungsbedingungen vereinbarten unbefristeten oder befristeten Beitragsfreistellung, befristeten Beitragsreduzierung oder Betragsstundung eingetreten ist, werden durch die Kündigung, Beitragsfreistellung bzw. befristete Beitragsreduzierung des GENERATION private plus nicht berührt.

5

Eine Erhöhung des Beitrags zu Ihrem GENERATION private plus hat keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

6

Wenn sie den Beitrag zu Ihrem GENERATION private plus reduzieren, kann es gegebenenfalls erforderlich sein, die Höhe der versicherten Leistung anzupassen.

7

Wenn Sie den Rentenbeginn Ihres GENERATION private plus hinausschieben, erfolgt keine automatische Verlängerung des Versicherungsschutzes für die gewählte Zusatzoption. Sie können aber von der Verlängerungsoption nach § 7 dieser Besonderen Bedingungen Gebrauch machen.

8

Der Anspruch auf Treueboni gemäß § 17 der Versicherungsbedingungen bleibt auch bei Eintritt eines Versicherungsfalls bestehen.

9

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für Ihren GENERATION private plus Anwendung.

§ 13 Keine Überschussbeteiligung

Eine Überschussbeteiligung ist gemäß § 28 der Versicherungsbedingungen ausgeschlossen. Das gilt auch hinsichtlich der Zusatzoption Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten.

§ 14 Definitionen der versicherten bestimmten schweren Krankheiten

Die in den folgenden Definitionen für schwere Krankheiten genannten Ärzte bzw. Fachärzte müssen die Voraussetzungen für qualifizierte Ärzte im Sinne von § 11 Absatz 3 erfüllen, um für Zwecke dieser Anlage A – Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten anerkannt zu werden.

In den einzelnen Definitionen führen wir auf, wann unsere Leistungspflicht bei bestimmten schweren Krankheiten ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Bitte beachten Sie, dass unsere Leistungspflicht auch nach § 8 ausgeschlossen oder eingeschränkt sein kann.

Übersicht der abgesicherten schweren Krankheiten

Gruppe 1: Organversagen

- Fortgeschrittene Leber-erkrankungen
- Fortgeschrittene Lungen-erkrankung (inklusive schwerem Emphysem)
- Transplantation von Hauptorganen

Gruppe 2: Zentrales Nervensystem

- Erkrankungen des zentralen Nervensystems
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)
- Motoneuronerkrankung
- Multiple Sklerose mit neurologischen Einschränkungen
- Querschnittslähmung

Gruppe 3: Herz-Kreislauf-System

- Aortenplastik
- Bypass-Operation der Herzkranzgefäße
- Herzinfarkt
- Herzklappenoperation
- Intrakranielles Aneurysma
- Schlaganfall

Gruppe 4: Entzündungen

- Bakterielle Meningitis
- Enzephalitis

Gruppe 5: Tumore

- Fortgeschrittener Krebs
- Gutartiger Gehirntumor
- Gutartiger Rückentumor

Gruppe 6: Weitere Krankheiten/Absicherungen

- Abhängigkeit von einer dritten Person
- Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)
- Funktionsverlust von Gliedmaßen
- HIV-Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs
- HIV-Infektion durch Bluttransfusion
- HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten
- Koma
- Schwere Kopfverletzung
- Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen
- Schwerer Unfall
- Sprachverlust
- Transplantation von Knochenmark
- Verlust der Hörfähigkeit (Taubheit)
- Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit)

Erläuterung Wartezeiten

Was ist eine Wartezeit?

Bei einer schweren Krankheit mit Wartezeit erhalten Sie eine Leistung, wenn die Erkrankung oder die Notwendigkeit einer Behandlung 3 bzw. 6 Monate nach Versicherungsbeginn diagnostiziert wurde. Falls Sie die Versicherungssumme erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Die entsprechende Regelung hierzu finden Sie in § 3 A Absatz 2 der Versicherungsbedingungen.

Für diese schweren Krankheiten gilt folgende Wartezeit:

- Fortgeschrittener Krebs (6 Monate)
- Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (3 Monate)

Gruppe 1: Organversagen

Fortgeschrittene Lebererkrankungen

Was ist versichert?		
	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Leberzirrhose oder das Endstadium einer Lebererkrankung diagnostiziert wurde und mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen: — hepatische Enzephalopathie (Hirnerkrankung durch Leberschaden) — unkontrollierbarer Aszites (Wasserbauch) — Ikterus (permanente Gelbsucht) — Varizen (Krampfadern) in der Speiseröhre oder im Magen	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Gastroenterologen, aus dem sich die Lebererkrankung und zwei der beschriebenen Krankheitsbilder ergeben.

Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)

Was ist versichert?		
	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Lungenerkrankung diagnostiziert wurde, welche zur chronisch respiratorischen Insuffizienz führte, und folgende Befunde diagnostiziert wurden: — eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie (Sauerstoffmangel) — FEV1 (forciertes exspiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffeneau-Test) beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter — arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 Millimeter Quecksilbersäule oder weniger (Pa02 ≤ 55 mm Hg)	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Facharztes für Lungenerkrankungen, aus dem sich die Diagnose der Lungenerkrankung und der chronisch respiratorischen Insuffizienz ergibt, — Befundbericht, aus dem sich die genannten Befunde ergeben.

Transplantation von Hauptorganen

Was ist versichert?		
	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person eine teilweise oder vollständige Transplantation von Herz, Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse erhielt oder sie dafür auf einer offiziellen Warteliste registriert wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Transplantation durchgeführt wurde, — Befundberichte, aus denen sich die Notwendigkeit der Transplantation ergibt, oder — Bestätigung der Registrierung auf einer offiziellen Warteliste.

Gruppe 2: Zentrales Nervensystem

Erkrankung des zentralen Nervensystems

Was ist versichert?		
	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person vor ihrem 65. Geburtstag aufgrund einer Erkrankung des zentralen Nervensystems erstmalig mindestens eine der folgenden Fähigkeiten für mindestens 6 Monate durchgehend verloren hat: — eine Entfernung von 200 Meter über einen ebenen Boden ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen; — ohne fremde Hilfe, auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße, bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen; — ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren; — die Funktion einer kompletten Gliedmaße, also des Arms, einschließlich der Hand, oder des Beins, einschließlich des Fußes. Der Verlust der Fähigkeit muss danach noch mindestens 6 Monate andauern. Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Erkrankung das dritte Lebensjahr vollendet.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose einer Erkrankung des zentralen Nervensystems, deren Erstauftreten, Verlauf sowie Auswirkungen ergeben.

Kinderlähmung (Poliomyelitis)		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn sich die versicherte Person während der Versicherungsdauer mit dem Poliovirus infizierte und eine paralytische Poliomyelitis (Infektion mit dem Poliovirus, welche zu Lähmungen führt) diagnostiziert wurde, die sich auf Atmung oder Motorik auswirkt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der paralytischen Poliomyelitis sowie der Beginn der Infektion ergeben.

Motoneuronerkrankung		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine der Motoneuronerkrankungen: — spinale Muskelatrophie (SMA), — bulbospinale SMA Typ Kennedy, — amyotrophe Lateralsklerose (ALS), — progressive Muskelatrophie (PMA), — primäre Lateralsklerose, — hereditäre spastische Spinalparalyse (HSP), — Post-Polio-Syndrom (PPS) diagnostiziert wurde, welche zu mindestens einer der folgenden Einschränkungen: — Muskellähmung, — Muskelschwund, — Sprechstörung, — Schluckstörung führte.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose einer Motoneuronerkrankung und der Verlust der neurologischen Fähigkeiten ergeben.

Multiple Sklerose mit neurologischen Einschränkungen		
Was ist versichert?	Sie erhalten die versicherte Leistung, wenn die Diagnose einer Multiplen Sklerose anhand der dann gültigen McDonald-Kriterien für Multiple Sklerose gestellt wurde und seit mindestens 6 Monaten durchgehend entweder — ein EDSS-Wert von mindestens 4,5 vorliegt oder — motorische Einschränkungen einer ganzen Extremität (Lähmung oder Bewegungsstörung von Arm oder Bein) bestehen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der Multiplen Sklerose anhand der dann gültigen McDonald-Kriterien sowie die Funktionseinschränkungen oder der EDSS-Wert und deren Verlauf ergeben.
Wann wird eine Teilzahlung gewährt?	Sie erhalten eine Teilzahlung der versicherten Leistung, wenn bei der versicherten Person die Diagnose einer Multiplen Sklerose anhand der aktuellsten McDonald-Kriterien für Multiple Sklerose gestellt wurde. Sie erhalten die geringere Summe von entweder — 50 % der versicherten Leistung (siehe Versicherungsschein) oder — 20.000 €.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose einer Multiplen Sklerose anhand der McDonald-Kriterien ergibt.

Querschnittslähmung		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund einer Schädigung des Rückenmarks oder Hirns zwei Gliedmaßen, also — beide Arme oder — beide Beine oder — ein Arm und ein Bein, jeweils über dem Hand- oder Fußgelenk vollständig und unumkehrbar gelähmt sind, sodass sie funktionslos sind und nicht mehr bewegt werden können.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus dem sich die Lähmung und ihre Dauerhaftigkeit ergeben.

Gruppe 3: Herz-Kreislauf-System

Aortenplastik

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund einer Gefäßerkrankung ein Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta durchgeführt wurde. Der Eingriff muss nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden, in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln notwendig sein.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der der Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta durchgeführt wurde.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei dem Einbringen von minimalinvasiven Stents oder einem Eingriff an den Seitenästen der Aorta.	

Bypass-Operation der Herzkranzgefäße

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose der Notwendigkeit der Bypass-Operation der Herzkranzgefäße müssen mindestens 3 Monate vergangen sein.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Kardiologen oder — Entlassungsbericht der Klinik, aus dem sich die Bypass-Operation oder die Diagnose der De-novo-Angina sowie der Zeitpunkt der ersten Empfehlung ergeben.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Bypass-Operation der Herzkranzgefäße vorgenommen wurde, um eine Verengung bzw. einen Verschluss mindestens einer Koronararterie mit Bypass-Transplantation zu behandeln. Die Operation muss entweder am offenen Herzen oder durch eine minimalinvasive Bypass-Operation (MIDCAB) stattgefunden haben oder es besteht eine De-novo-Angina mit Indikation zur Durchführung einer dringenden oder frühen (< 72 Stunden) Bypass-Operation gemäß den ESC-Guidelines in der dann gültigen Version. In diesem Fall erfolgt eine Leistung ohne Berücksichtigung der oben genannten 3-monatigen Wartezeit.	
Was ist nicht versichert?	Angioplastie und alle anderen intraarteriellen, katheterbasierten Techniken und Laserverfahren	

Herzinfarkt

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein ST-Hebungsinfarkt (STEMI-Herzinfarkt) oder ein NSTEMI-Herzinfarkt diagnostiziert wurde und ein Teil des Herzmuskels aufgrund unzureichender Blutzufuhr abgestorben ist. Zusätzlich müssen folgende Anzeichen vorgelegen haben: — Herzinfarkt aufgrund eines kompletten Verschlusses einer Herzkranzarterie durch ein Blutgerinsel (Thrombus), — charakteristischer Anstieg der herzspezifischen Marker, zum Beispiel Troponin, und a) entweder typische klinische Symptome (z. B. Brustschmerzen) oder b) neue, charakteristische Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG).	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher der Herzinfarkt diagnostiziert, die herzspezifischen Enzyme gemessen und das EKG geschrieben wurde.
Was ist nicht versichert?	Angina pectoris (stabil, instabil, mikrovaskulär)	

Herzklappenoperation

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person erstmals mittels einer Operation am offenen Herzen oder durch einen minimalinvasiven Eingriff eine oder mehrere Herzklappen ersetzt oder repariert wurden.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Herzklappenoperation durchgeführt wurde, aus dem sich die Art der Operation ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Durchführung einer Ballondilatation bei einer verengten Klappe oder für die kathetergestützte Rekonstruktion der Mitralklappe mit MitralClip.	

Intrakranielles Aneurysma

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels bildgebender Untersuchungsmethoden (z. B. Computertomografie oder Magnetresonanztomografie) ein intrakranielles Aneurysma von mindestens 25 Millimeter Durchmesser diagnostiziert wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befund- und/oder Entlassungsbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose des intrakraniellen Aneurysmas mittels CT oder MRT ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der das Aneurysma festgestellt und/oder behandelt wurde.

Schlaganfall

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Schlaganfall diagnostiziert wurde. Hierbei muss das Gehirngewebe aufgrund unzureichender Blutzufuhr oder einer Hirnblutung geschädigt worden sein. Zusätzlich muss eines der folgenden Kriterien für mindestens 3 Monate durchgehend vorgelegen haben und nach aktuellem medizinischen Stand der Wissenschaft auch noch für mindestens 9 Monate fortdauern: — halbseitige Lähmung (Hemiplegie/Hemiparese) — Sprachstörungen (Aphasie) — Sehstörungen — Schluckstörungen — Epilepsie — Einschränkungen der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten)	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose des Schlaganfalls und die Funktionseinschränkungen sowie deren Verlauf ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.	

Gruppe 4: Entzündungen

Bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine bakterielle Meningitis diagnostiziert wurde und für mindestens 3 Monate durchgehend — neurologische Ausfälle (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfälle) oder — schwere Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten vorlagen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Internisten oder Neurologen, aus denen sich die Diagnose der bakteriellen Meningitis und die neurologischen Ausfälle sowie deren Verlauf ergeben.
Was ist nicht versichert?	Alle anderen Arten der Meningitis, z. B. die virale Meningitis	

Enzephalitis

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Enzephalitis, also eine Entzündung des Gehirns, meistens ausgelöst durch Viren oder Bakterien, zum Teil unter zusätzlicher Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis) oder des Rückenmarks (Enzephalomyelitis) diagnostiziert wurde und für mindestens 3 Monate durchgehend — neurologische Ausfälle (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfälle) oder — gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) vorlagen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, welche die Diagnose der Enzephalitis und die andauernden Ausfälle bestätigen.

Gruppe 5: Tumore

Fortgeschrittener Krebs

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose einer Krebserkrankung sind mindestens 6 Monate vergangen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte der Klinik, in welcher die Krebserkrankung diagnostiziert wurde, insbesondere diejenigen, aus denen sich der histopathologische Befund ergibt, sowie gegebenenfalls den Behandlungsplan.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person anhand eines histopathologischen Befunds eines der folgenden Tumorkriterien nachgewiesen wurde: — ein solider Tumor im Stadium I nach AJCC/UICC 8. Edition, wenn für die Behandlung eine Strahlen- oder Chemo- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) erforderlich ist; die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemo- oder Immuntherapie ist durch einen qualifizierten Facharzt zu bestätigen; — ein solider Tumor im Stadium II nach AJCC/UICC 8. Edition oder höher; — ein Gehirntumor im Stadium II nach WHO oder höher; — Leukämie oder malignes Lymphom;	
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose eines der folgenden Tumorkriterien: — papilläre und follikuläre Schilddrüsenkarzinome im Stadium I oder weniger, unabhängig von deren Therapie oder Behandlung; — Basalzell- und Plattenepithelkarzinome der Haut sowie Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP); — Prostatakarzinome im Stadium I nach AJCC/UICC 8. Edition oder weniger, unabhängig von deren Therapie oder Behandlung; — nicht invasive papilläre Karzinome der Blase Ta und Tis (Carcinoma in situ) nach TNM; — ein Tumor in einem früheren, als dem jeweils beschriebenen Stadium, also insbesondere solche im Stadium 0, 0is, in situ (Tis) oder Ta, alle prämalignen Erkrankungen oder nicht invasiven Krebserkrankungen (z. B. CIN 1 bis CIN 3 bei Gebärmutterhalsveränderungen); — Krebs, der lediglich durch Testverfahren nachgewiesen wurde, die auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder tumorassoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl (Liquid Biopsy) ohne histopathologischen Befund basieren.	

Gutartiger Gehirntumor		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein gutartiger Tumor innerhalb des Schädels, im Gehirn, der Hirnnerven, der Hirnhäute oder der Hirnanhangdrüse diagnostiziert wurde, welcher entweder — operativ behandelt wurde oder bei dem eine operative Behandlung indiziert (notwendig), aber nicht möglich ist bzw. nicht vorgenommen wird, oder — welcher mit Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) behandelt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, Psychiaters oder Onkologen, welcher die Diagnose eines der genannten gutartigen Hirntumore sowie dessen Behandlung enthält.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose einer der folgenden Befunde: — Granulome (entzündungsbedingte Gewebeneubildungen) — Malformationen (Missbildungen) innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns — Hämatome und Tumore der Wirbelsäule — Neurinome (gutartige Nervenfasertumore) — Hypophysenadenome (Tumore in der Hirnanhangdrüse) — Angiome (Gefäßneu- oder -fehlbildungen) — Zysten — Abszesse	

Gutartiger Rückentumor		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein gutartiger Tumor des Rückenmarks oder Wirbelkanals diagnostiziert wurde, welcher entweder — operativ behandelt wurde oder bei dem eine operative Behandlung indiziert ist oder — der mit Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) behandelt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, Psychiaters oder Onkologen, welcher die Diagnose eines der genannten Tumore sowie dessen Behandlung enthält.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose einer der folgenden Befunde: — Granulome (entzündungsbedingte Gewebeneubildungen) — Neurinome (gutartige Nervenfasertumore) — Hypophysenadenome (Tumore in der Hirnanhangdrüse) — Angiome (Gefäßneu- oder -fehlbildungen) — Zysten — Abszesse	

Gruppe 6: Weitere Krankheiten/Absicherungen

Abhängigkeit von einer dritten Person

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person nach dem 18. und vor dem 65. Geburtstag für mindestens 6 Monate durchgehend die Fähigkeit zur eigenständigen Versorgung verloren hat und mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausführen kann: — Baden und Duschen — Be- und Entkleiden — Essen und Trinken — sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen — Toilette benutzen — Zubettgehen und Aufstehen	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle ärztlichen Befunde und Berichte, aus denen sich die Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und deren Dauer ergeben, zum Beispiel Pflegegutachten.

Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine schwere aplastische Anämie diagnostiziert wurde, die mindestens eine der folgenden Behandlungen erforderlich macht: — Blutbestandteilübertragung — Knochenmarktransplantation — immunsystemunterdrückende Behandlung — knochenmarkstimulierende Medikamente	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Internisten, aus denen sich die Diagnose einer schweren aplastischen Anämie sowie deren Behandlung ergeben.

Funktionsverlust zweier Gliedmaßen

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person zwei Gliedmaßen, also entweder — zwei Arme, — zwei Beine oder — ein Arm und ein Bein, jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks nicht wiederherstellbar abgetrennt sind oder ihre Funktion dauerhaft und vollständig verloren haben	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die Amputation vorgenommen oder behandelt wurde, oder — Befundbericht des behandelnden Internisten oder Neurologen, aus dem sich der vollständige und dauerhafte Funktionsverlust von zwei Gliedmaßen ergibt.

HIV-Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine HIV-Infektion durch einen körperlichen Übergriff — in einem der folgenden Länder stattfand: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern, Vereinigte Staaten von Amerika, Australien oder Neuseeland, und — der Übergriff der Polizei gemeldet und von dieser dokumentiert wurde, — ein negativer HIV-Antikörpertest nach dem Übergriff belegt, dass die Infektion nicht bereits vor diesem bestand, und — ein weiterer HIV-Test innerhalb von 12 Monaten nach dem Übergriff erstmals positiv war.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Arztes, aus dem sich die Diagnose und die Ergebnisse der Blutuntersuchungen ergeben, und — Ermittlungsakte der Polizei oder Staatsanwaltschaft, aus der sich die Meldung des körperlichen Übergriffs ergibt.

HIV-Infektion durch Bluttransfusion

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person nach Abschluss des Versicherungsvertrags eine Infektion mit dem HI-Virus über eine Bluttransfusion durch eine offiziell registrierte und von den Gesundheitsbehörden anerkannte und autorisierte Institution erfolgte. Zusätzlich muss ein HIV-Test innerhalb von 6 Monaten nach dem Erhalt der Bluttransfusion laborchemisch erstmals positiv sein (Serokonversion).	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Arztes, aus dem sich die Diagnose, die Ergebnisse der Blutuntersuchungen und die Infektion über die Bluttransfusion ergeben.

HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten

Was ist versichert?		Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:
	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person nach Versicherungsbeginn eine HIV-Infektion diagnostiziert wurde, welche a) durch eine Verletzung oder b) durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit während der Ausübung der Berufstätigkeit in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben wurde: — Ärzte/Ärztinnen, — Zahnärzte/Zahnärztinnen — Heilpraktiker/-innen — Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten — Krankenschwestern und -pfleger — Arzthelferinnen und -helfer — Küchenpersonal im Krankenhaus — Zahnarzthelferinnen und -helfer — Sanitäter/-innen — Personal in medizinischen Labors — Polizisten/Polizistinnen und Angehörige der Bundespolizei — Pharmazeuten/Pharmazeutinnen — Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr — Gefängnispersonal — Hebammen/Geburtshelfer — Wäschereipersonal im Krankenhaus — Krankenhaushilfspersonal — Reinigungspersonal im Krankenhaus — Personal bei Beerdigungsinstituten — Altenpfleger/Altenpflegerinnen c) die als Berufskrankheit von der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 9 SGB VII i. V. m. Nr. 3101 der Anlage zu § 1 der Berufskrankheiten-Verordnung [BKV] oder der Unfallkasse [§ 31 Abs. 3 BeamtVG]) der versicherten Person anerkannt wurde.	— Unterlagen der Unfallversicherung oder der Unfallkasse, aus denen sich das Anerkennen einer HIV-Infektion als Berufskrankheit ergibt.

Koma		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit bzw. das Versagen der nicht vitalen Hirnfunktionen ohne Reaktion auf externe Reize eingetreten ist, welcher 96 Stunden ununterbrochen bestand und in dieser Zeit den Einsatz von lebenserhaltenden Systemen (z. B. Beatmung) erforderte.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher das Koma behandelt wurde, aus dem sich die Behandlung ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei ärztlich induziertem, künstlichem Koma.	

Schwere Kopfverletzung		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person plötzlich ein von außen auf den Körper einwirkendes unfreiwilliges Ereignis (Unfall) unmittelbar zu einer Kopfverletzung und einer Schädigung des Gehirns mit dauerhaften a) neurologischen Ausfällen (z. B. Hörstörungen, Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Sprechstörungen, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder b) gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten führt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können benötigen wir, neben den nach § 20 notwendigen Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die traumatische Kopfverletzung behandelt wurde, — Unfallbericht und — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus denen sich die dauerhaften neurologischen Ausfälle ergeben.

Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person durch ein einzelnes Ereignis a) eine Verbrennung dritten Grades oder b) ein Hautschaden dritten Grades durch Kälte oder Verätzung, jeweils an mindestens 9 % der Körperoberfläche, entstanden ist.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die Hautverletzung behandelt wurde.

Schwerer Unfall

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person schwer verunfallt ist und folgende Kriterien erfüllt sind: Ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis (Unfall) führt unmittelbar zu einem der folgenden Kriterien: — dem dauerhaften und vollständigen Verlust der Gebrauchsfähigkeit mindestens a) eines Arms und eines Beins oder b) beider Arme oder beider Beine, jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks, oder — einer schweren Kopfverletzung mit Hirnschädigung und dauerhaften neurologischen Ausfällen (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder — tiefer Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden Dauer ohne Reaktion auf externe Reize als unmittelbare Folge des Unfalls.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die versicherte Person wegen des schweren Unfalls behandelt wurde, aus dem sich die Behandlung und die Auswirkungen des Unfalls ergeben.
Was ist nicht versichert?	Ein künstliches, induziertes Koma ist ausgeschlossen.	

Sprachverlust

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person aufgrund einer Schädigung oder Erkrankung der Stimmbänder, für mindestens 2 Monate durchgehend die Fähigkeit verloren hat, sich mit Worten einem Dritten gegenüber verständlich zu machen und dies auch nicht durch zumutbare technische oder medizinische Maßnahmen wiederhergestellt werden kann.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Hals-Nasen-Ohren-Arztes, aus dem sich der Sprachverlust sowie dessen Ursache ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn der Sprachverlust auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruht.	

Transplantation von Knochenmark

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person auf eine offizielle Warteliste für den Erhalt einer Transplantation von fremdem (allogenem) Knochenmark aufgenommen wurde und ein Facharzt die medizinische Notwendigkeit der Transplantation von Knochenmark bestätigt hat. Gleiches gilt, wenn eine Transplantation von fremdem (allogenem) Knochenmark durchgeführt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht Ihres behandelnden Arztes, aus dem sich die Erkrankung und die Notwendigkeit einer Knochenmarktransplantation ergeben, sowie — Bestätigung der Aufnahme in eine Warteliste für den Empfang einer Knochenmarkspende.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung für die Transplantation von eigenem Knochenmark.	

Verlust der Hörfähigkeit (Taubheit)		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person, — auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel, wie eines optimal angepassten Hörgeräts, oder anderer zumutbarer medizinischer Maßnahmen, — ein dauerhafter Hörverlust auf beiden Ohren von 80 Dezibel oder mehr im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes zwischen 500 Hertz und 3 Kilohertz besteht.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Hals-Nasen-Ohren-Arztes, aus dem sich der Hörverlust und dessen Ursache ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn der Hörverlust auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruht.	

Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit)		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person, — auch unter Verwendung verordneter Hilfsmittel oder zumutbarer Heilbehandlungen, — voraussichtlich dauerhaft jeweils auf dem besseren, voll korrigierten Auge entweder a) ein Restsehvermögen von maximal 3/60 (0,05) Visus diagnostiziert wurde oder b) das Gesichtsfeld auf maximal 15 Visus vom Zentrum in alle Richtungen begrenzt ist.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Augenarztes, aus dem sich der Visus oder das Gesichtsfeld ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn die Einschränkung der Sehfähigkeit auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruht.	

ANLAGE B

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE ZUSATZOPTIONEN BERUFSUNFÄHIGKEITSRENTE UND BEITRAGSBEFREIUNG BEI BERUFSUNFÄHIGKEIT

Für den GENERATION private plus mit laufender Beitragszahlung kann die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente (inklusive Beitragsbefreiung) oder die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart werden.

Bei der Zusatzoption handelt es sich nicht um eine selbstständige Zusatzversicherung, sondern um einen unselbstständigen Teil Ihres Vertrags. Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen in den Versicherungsbedingungen für den GENERATION private plus (im Weiteren „Versicherungsbedingungen“).

Zur besseren Übersichtlichkeit dieser Anlage B haben wir Querverweise auf andere Bestimmungen nur dann gesondert bezeichnet, wenn sie sich außerhalb dieser Besonderen Bedingungen befinden. Querverweise, die nicht gesondert bezeichnet sind, beziehen sich auf diese Anlage.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir im Fall der Berufsunfähigkeit? Wann entsteht und endet der Anspruch?

1

Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer der vereinbarten Zusatzoption gemäß §§ 2 bis 4 dieser Besonderen Bedingungen berufsunfähig wird, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen während der Leistungsdauer:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht in Höhe des zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Beitrags und übernehmen für Sie die Beitragszahlung, längstens für die vereinbarte Beitragszahlungsdauer (Beitragsbefreiung). Eine gegebenenfalls gemäß § 19 der Versicherungsbedingungen vereinbarte planmäßige Erhöhung der Beiträge für Ihren GENERATION private plus findet während der Dauer des Versicherungsfalls nicht statt.

- Wenn Sie eine Dynamik der Beitragsbefreiung gemäß § 10 vereinbart haben, wird eine jährliche Erhöhung der Beiträge, die wir im Versicherungsfall für Sie zahlen, durchgeführt. Die Erhöhung erfolgt zu jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Beginn unserer Leistungspflicht folgt, in Höhe des von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählten Prozentsatzes.

- Wenn Sie mit uns auch die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, zahlen wir Ihnen eine monatliche versicherte Rente in der mit uns vereinbarten Höhe jeweils am Monatsanfang, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer. Die mit uns vereinbarte Höhe Ihrer monatlichen versicherten Rente können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Die versicherte Rente kann sich, wenn Sie das mit uns gesondert vereinbart haben, nach näherer Maßgabe von § 9 erhöhen. Bitte beachten Sie, dass wir keine oder nur eine deutlich reduzierte Berufsunfähigkeitsrente zahlen, wenn Ihre Berufsunfähigkeit während der Dauer einer befristeten Beitragsfreistellung oder einer befristeten Beitragsreduzierung eingetreten ist. Bei Wiederaufnahme der regulären Beitragszahlung nach dem Ende einer befristeten Beitragsfreistellung, einer befristeten Beitragsreduzierung oder auch einer Beitragsstundung kann die versicherte Berufsunfähigkeitsrente angepasst werden. Näheres dazu finden Sie in Absatz 4 und Absatz 5.

- Wir zahlen Ihnen die in diesen Besonderen Bedingungen bestimmten einmaligen Leistungen.

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen bei Eintritt eines Versicherungsfalls Versicherungsschutz besteht. Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird. Die Leistungsdauer entspricht grundsätzlich der Versicherungsdauer, sofern nicht eine abweichende Leistungsdauer vereinbart wurde.

Die Versicherungs- und Leistungsdauer sind in Ihrem Versicherungsschein angegeben.

2

Sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, entsteht der Anspruch auf die versicherten Leistungen mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche.

3

Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Rente erst ab Beginn des auf den Ablauf der Karenzzeit folgenden Kalendermonats. Die Karenzzeit beginnt mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Während der Karenzzeit bis zum Beginn unserer Leistungspflicht muss die Berufsunfähigkeit ununterbrochen bestanden haben.

Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer und wird die versicherte Person danach erneut aus dem gleichen medizinischen Grund berufsunfähig, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

Die vereinbarte Karenzzeit gilt nicht für die Leistung aus der Beitragsbefreiung und für die einmaligen Leistungen.

4

Wenn Sie die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, zahlen wir keine oder nur eine deutlich reduzierte Berufsunfähigkeitsrente, wenn Ihre Berufsunfähigkeit während der Dauer einer befristeten Beitragsfreistellung oder einer befristeten Beitragsreduzierung für Ihren GENRATION private plus gemäß § 24 der Versicherungsbedingungen eintritt. Diese reduzierte Berufsunfähigkeitsrente liegt zwischen null Prozent und höchstens 15 Prozent der zu Beginn der Beitragsfreistellung bzw. -reduzierung vereinbarungsgemäß mitversicherten Berufsunfähigkeitsrente. Wir berechnen die konkrete Höhe dieser reduzierten Berufsunfähigkeitsrente, indem wir den Betrag der zu Beginn der Beitragsfreistellung bzw. -reduzierung vereinbarungsgemäß mitversicherten Berufsunfähigkeitsrente mit dem in Prozent angegebenen maßgeblichen Reduktionsfaktor multiplizieren. Den maßgeblichen Reduktionsfaktor können Sie der folgenden Tabelle entnehmen, wobei es darauf ankommt, in welchem Versicherungsjahr die Berufsunfähigkeit eintritt:

Versicherungsjahr bei Eintritt Berufsunfähigkeit	Reduktionsfaktor
2. bis 5. Versicherungsjahr	0 %
6. bis 10. Versicherungsjahr	5 %
11. bis 15. Versicherungsjahr	10 %
16. oder späteres Versicherungsjahr	15 %

Die Auswirkungen einer befristeten Beitragsfreistellung oder einer befristeten Beitragsreduzierung auf die Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente können Sie der in Abschnitt I., Teil I Ziffer 3 der „Besonderen Informationen für Ihren GENERATION private plus“ dargestellten Tabelle entnehmen.

Im Fall der Vereinbarung einer befristeten Beitragsreduzierung besteht für den entsprechenden Zeitraum Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit in Höhe des reduzierten Beitrags.

5

Wenn Sie die Beitragszahlung zu Ihrem GENERATION private plus nach Ablauf einer befristeten Beitragsfreistellung bzw. Beitragsreduzierung oder einer Beitragsstundung gemäß § 24 der Versicherungsbedingungen wieder in voller Höhe aufnehmen und die ausgesetzten Beiträge nicht nachzahlen, überprüfen wir, ob und inwieweit die Höhe der zuvor versicherten Berufsunfähigkeitsrente in Ansehung der ausgesetzten Beitragszahlung angepasst werden muss. Wenn sich im Rahmen der Überprüfung die Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente reduzieren sollte, teilen wir Ihnen dies in Textform mit.

6

Wird uns die Berufsunfähigkeit nicht unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) angezeigt, erbringen wir gemäß § 12 Absatz 1 unsere Leistungen für maximal 36 Monate rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Meldung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit.

7

Der Anspruch auf die versicherten Leistungen endet,

- wenn unsere Überprüfung gemäß § 14 ergibt, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Besonderen Bedingungen nicht mehr vorliegt, mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung,
- wenn die versicherte Person stirbt,
- bei Ablauf der für diese Zusatzoption vereinbarten Versicherungsdauer bzw. Leistungsdauer, oder
- zum ursprünglichen oder vorgezogenen Rentenbeginn Ihres GENERATION private plus.

Der Anspruch auf die versicherte Leistung aus der Beitragsbefreiung endet darüber hinaus spätestens zum Ende der für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

8

Der Versicherungsschutz für die vereinbarte Zusatzoption besteht weltweit sowie bei jeder Gelegenheit, insbesondere auch während der Berufsausübung und in der Freizeit.

9

Fälle, in denen der Versicherungsschutz für die vereinbarte Zusatzoption ausgeschlossen ist, sind in § 7 dieser Besonderen Bedingungen geregelt.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1

a) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich mindestens 6 Monate ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % nicht ausüben können wird.

b) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % auszuüben, gilt die Fortdauer dieses Zustands ebenfalls als Berufsunfähigkeit.

c) Als Eintritt der Berufsunfähigkeit nach a) und b) sehen wir dabei jeweils den Beginn des 6-monatigen Zeitraums an.

2

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, d. h., wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch eine beliebige andere Tätigkeit ausüben könnte.

Berufsunfähigkeit liegt aber nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung (siehe Absatz 1) entspricht (konkrete Verweisung).

Eine andere Tätigkeit ist für die versicherte Person dann als nicht zumutbar anzusehen, wenn die Tätigkeit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder zu einer spürbaren Reduzierung des jährlichen Bruttoeinkommens (bei Selbstständigen des Gewinns vor Steuern) gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf vor Eintritt der Berufsunfähigkeit führt. Als eine spürbare Einkommensreduzierung sehen wir grundsätzlich einen Prozentsatz von 20 % oder mehr an. Sollte eine höchstrichterliche Entscheidung einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Einkommensminderung festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinn sein. Wir prüfen jedoch immer, ob im begründeten Einzelfall auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar sein kann. Für die Überprüfung legen wir das durchschnittliche Bruttoeinkommen der letzten 3 Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit zugrunde.

3

Scheidet die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus ihrer Erwerbstätigkeit aus, besteht während der restlichen Versicherungsdauer weiterhin Versicherungsschutz für die zuletzt vor Ausscheiden ausgeübte berufliche Tätigkeit gemäß Absatz 1. Berufsunfähigkeit liegt in diesem Fall aber nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund der Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Erwerbstätigkeit entspricht.

4 Sonderfälle der Berufsunfähigkeit

Als berufsunfähig gelten versicherte Personen auch in den nachfolgend geregelten Sonderfällen.

a) Berufsunfähigkeit von Schülern

War die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls Schülerin/Schüler, so legen wir diese Tätigkeit bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 als Beruf zugrunde.

b) Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums oder während der Berufsausbildung

aa) Während eines Vollzeitstudiums liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihr zuletzt betriebenes Studium fortzusetzen. Voraussetzung ist darüber hinaus, dass die versicherte Person auch kein anderes Studium betreibt, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Als Studium gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität, Fachhochschule, Duale Hochschule). Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.

bb) Während der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen. Voraussetzung ist darüber hinaus, dass die versicherte Person auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung absolviert, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

cc) Ist die versicherte Person bei Eintritt der Krankheit, der Körperverletzung oder des Kräfteverfalls noch in einem Studium oder in einer Berufsausbildung (Fälle der Buchstaben aa) und bb)) und hat sie mindestens die Hälfte der gesetzlich vorgeschriebenen oder im Durchschnitt üblichen Studien- bzw. Ausbildungszeit absolviert, gilt Folgendes: Im Rahmen der konkreten Verweisung (vgl. § 2 Absatz 2) wird auf die Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung abgestellt, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss eines solchen Studiums oder einer solchen Berufsausbildung erreicht wird.

dd) Kann die versicherte Person als Student oder Auszubildender in den Fällen der Buchstaben aa) und bb) aufgrund einer im letzten Ausbildungsjahr eingetretenen Berufsunfähigkeit diese Ausbildung nicht beenden und beginnt daher aus medizinischen Gründen, die ärztlich nachzuweisen sind, ein neues Studium oder eine neue Berufsausbildung, erbringen wir Leistungen für maximal die ersten 4 Jahre der neuen Ausbildung. Für Studenten gilt als letztes Ausbildungsjahr das letzte Jahr der Regelstudienzeit, sofern die Zulassungskriterien zur Teilnahme an den Abschlussprüfungen erfüllt sind. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person ihren Ausbildungsverpflichtungen während der neuen Ausbildung in vollem Umfang nachkommt. Das Recht auf Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (§ 14) bleibt hiervon unberührt.

c) Berufsunfähigkeit von Hausfrauen/-männern

Bei Hausfrauen/-männern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den von ihr/ihm bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Hat die Hausfrau/der Hausmann nach Abschluss der Versicherung eine anderweitige Berufstätigkeit ausgeübt oder übt sie/er eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, so erfolgt die Prüfung der Berufsunfähigkeit auf Basis dieses Berufes nach den Absätzen 1 bis 3.

d) Berufsunfähigkeit bei Freiwilligem Wehrdienst (FWD) oder Bundesfreiwilligendienst (BFD)

Bei Personen, die den Freiwilligen Wehrdienst (FWD) oder den Bundesfreiwilligendienst (BFD) ableisten, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande sein wird oder 6 Monate ununterbrochen außerstande war, ihre vorherige Tätigkeit auszuüben, und, wenn die ver- sicherte Person noch keiner Tätigkeit nachgegangen ist, eine Berufsausbildung oder ein Studium aufzunehmen.

e) Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Die Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen richtet sich grundsätzlich nach den Absätzen 1 und 2. Die Berufsunfähigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise als Selbstständiger nach betrieblich sinnvoller Umorganisation ohne erheblichen Kapitaleinsatz innerhalb ihres Betriebs noch eine Tätigkeit ausüben könnte, die ihrer Stellung als Betriebsinhaber angemessen ist.

Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisationsmöglichkeit,

- wenn der versicherte Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit zu Beginn der Berufsunfähigkeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt, und
- bei Betrieben mit weniger als 5 Mitarbeitern.

Wenn Sie die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, leisten wir im Fall einer Umorganisation jedoch als besondere Umorganisationshilfe den sechsfachen Betrag der zu diesem Zeitpunkt gültigen monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Die Zahlung erfolgt als einmalige Kapitalleistung. Voraussetzung für die Zahlung der Umorganisationshilfe ist, dass bei Entstehen des Anspruchs auf Umorganisationshilfe die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 12 Monate beträgt. Sollte nach dem Zeitpunkt der Leistung der Umorganisationshilfe aus gleichem medizinischem Grund innerhalb von 6 Monaten Berufsunfähigkeit eintreten, wird die Umorganisationshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche angerechnet.

f) Tätigkeitsverbot nach dem Bundesinfektionsschutzgesetz

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) ausgesprochen wurde, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben, und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung im Sinne von Absatz 2 entspricht.

§ 3 Wann liegt Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?

1

Berufsunfähigkeit liegt auch bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person vor. Pflegebedürftigkeit besteht, wenn mindestens eine der in den Buchstaben a) bis c) aufgeführten Voraussetzungen erfüllt ist.

a) **Pflegebedürftigkeit des gesetzlichen Pflegegrades 2**
Der versicherten Person wurde mindestens Pflegegrad 2 im sozialrechtlichen Sinne gemäß den Definitionen in den §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der zum 01.01.2017 geltenden Fassung zuerkannt. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des SGB XI zu keiner Änderung des Versicherungsschutzes führen.

b) **Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei Aktivitäten des täglichen Lebens**
Die versicherte Person ist infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos, dass sie für mindestens 3 der folgenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – jeden Tag in erheblichem Umfang Hilfe durch eine andere Person benötigt.

- **Mobilität**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – sich nicht ohne zusätzliche Unterstützung einer anderen Person von einem Zimmer zum anderen bewegen kann.

- **Aufstehen und Zubettgehen**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

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

- **Körperpflege**
  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 notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

- **Verrichten der Notdurft**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil
  - sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
  - sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
  - 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.

c) **Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz**
Bei der versicherten Person wurde durch einen Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien gestellt:

aa) „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5, bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

bb) durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens 4 der folgenden 6 Punkte erfüllt sein:
- Depression, unkontrollierte Aggressivität,
- Verkennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung,
- unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs,
- Gedächtnis- und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen,
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus,
- im Hirnleistungstest werden weniger als 50 % der möglichen Punkte erreicht.

2

Die Pflegebedürftigkeit muss voraussichtlich für mindestens 6 Monate bestehen oder mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben. Sie ist ärztlich nachzuweisen.

Als Eintritt der Pflegebedürftigkeit sehen wir dabei jeweils den Beginn des 6-monatigen Zeitraums an. Wir erbringen die versicherten Leistungen gemäß § 1.

§ 4 Wann liegt Berufsunfähigkeit wegen Erwerbsunfähigkeit vor?

1

Berufsunfähigkeit liegt außerdem vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande war oder sein wird, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen.

Als Erwerbstätigkeit gelten alle Tätigkeiten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind, und alle selbstständigen Tätigkeiten. Der zuletzt ausgeübte Beruf, die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, die bisherige Lebensstellung, insbesondere das bisherige berufliche Einkommen, und die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt.

Als Eintritt der Erwerbsunfähigkeit sehen wir dabei jeweils den Beginn des 6-monatigen Zeitraums an.

Der Rentenbescheid eines Sozialversicherungsträgers reicht als Nachweis nicht aus und begründet noch keine Leistungspflicht.

2

Die versicherte Person gilt ebenfalls als berufsunfähig, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- die versicherte Person erhält eine unbefristete Rente von der Deutschen Rentenversicherung. Diese Rente erhält sie wegen voller Erwerbsminderung ausschließlich aus medizinischen Gründen (dabei legen wir den Begriff der vollen Erwerbsminderung nach § 43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 01.08.2018 zugrunde),
- die versicherte Person ist bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt und
- der Versicherungsvertrag besteht bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung seit mindestens 10 Jahren.

Auf Verlangen ist uns nachweisen, dass die Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen bedingt ist. Die für Ihren Vertrag geltenden Einschränkungen, Ausschlüsse sowie die vorvertragliche Anzeigepflicht gelten auch für Leistungen wegen voller Erwerbsminderung.

3

In den Fällen des Absatz 1 oder Absatz 2 erbringen wir die versicherten Leistungen gemäß § 1.

§ 5 Welche Leistungen erbringen wir bei Einstellung von Krankentage- bzw. Krankengeldzahlung (Überbrückungshilfe) bei der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente?

1

Wir leisten die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und gewähren Beitragsbefreiung in folgenden Fällen als Überbrückungshilfe:

a) Die versicherte Person hat einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer und die Zahlung wird eingestellt, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung vorliegt.

b) Die versicherte Person hat einen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer und die Zahlung wird eingestellt, weil die versicherte Person eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht.

2

Ein Anspruch auf die Überbrückungshilfe entsteht ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankentage- bzw. Krankengeldzahlung des Krankenversicherers entfallen. Der Anspruch besteht bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von 6 Monaten. Wir leisten nicht, wenn bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß § 1 erbracht werden.

3

Als Nachweis für die Überbrückungshilfe genügt die Übermittlung der Mitteilung des Krankenversicherers über die Leistungseinstellung. Wenn uns diese Mitteilung erst zu einem nach der Leistungseinstellung des Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zugeht, entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe erst mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zuging.

4

Ergibt unsere Leistungsprüfung, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt oder wurde kein Leistungsantrag eingereicht, sind als Überbrückungshilfe geleistete Berufsunfähigkeitsrenten zu erstatten und alle seit Beginn der Überbrückungshilfe ausstehenden Beiträge nachzuzahlen. Wir verzichten auf eine Rückforderung der als Überbrückungshilfe gezahlten Renten und eine Nachzahlung der Beiträge, wenn die versicherte Person bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankentage- bzw. Krankengeldzahlung von ihrem Krankenversicherer bezieht oder für den Zeitraum der gewährten Überbrückungshilfe noch beziehen wird.

5

Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden. Bei einer rückwirkenden Anerkennung eines Versicherungsfalls rechnen wir bereits als Überbrückungshilfe gezahlte Renten auf die Berufsunfähigkeitsrente an.

Auch wenn wir eine Überbrückungshilfe zahlen, können wir unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht geltend machen.

§ 6 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz aus der Zusatzoption?

1

Der Versicherungsschutz der gewählten Zusatzoption beginnt mit dem Beginn des Versicherungsschutzes des GENERATION private plus gemäß § 2 Absatz 1 der Versicherungsbedingungen.

2

Der Versicherungsschutz der Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit endet

- wenn wir von Ihrem GENERATION private plus zurücktreten oder ihn anfechten (in diesen Fällen entfällt der Versicherungsschutz gegebenenfalls sogar rückwirkend, siehe § 3 der Versicherungsbedingungen);
- wenn der Wert aller dem Vertrag zugewiesenen Anteile auf null sinkt. Wenn Sie Ihre Beiträge vollständig oder anteilig in den GENERATION UWP-Fonds III investiert haben, ist hierfür der Wert sowohl des geglätteten als auch des tatsächlichen Anteilguthabens maßgeblich;
- wenn Sie für Ihren GENERATION private plus eine unbefristete Beitragsfreistellung gemäß § 23 der Versicherungsbedingungen vereinbaren;
- bei Kündigung Ihres GENERATION private plus;
- bei ursprünglichem Rentenbeginn (§ 5 Absatz 1 Versicherungsbedingungen) bzw. bei vorgezogenem Rentenbeginn (§ 5 Absatz 2 Versicherungsbedingungen) Ihres GENERATION private plus;
- mit Ablauf der für diese Zusatzoption vereinbarten Versicherungsdauer;
- mit dem Ende der für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Beitragszahlungsdauer,
- bei Tod der versicherten Person oder
- spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet.

Wenn Sie ausschließlich die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben, endet der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzoption zudem bei einer befristeten Beitragsfreistellung nach § 24 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen.

Wenn Sie die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente gewählt haben, besteht während der Dauer einer befristeten Beitragsfreistellung kein Versicherungsschutz für die Beitragsbefreiung.

Wenn Sie die Beitragszahlung innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung wieder aufnehmen, lebt der Versicherungsschutz automatisch wieder auf.

3

Im Fall einer Erhöhung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung können Sie den Versicherungsschutz aus der gewählten Zusatzoptionen einmalig verlängern. Eine Verlängerung der Versicherungsdauer ist nur möglich, wenn dadurch die für Ihren GENERATION private plus vereinbarte Beitragszahlungsdauer bzw. der vereinbarte Rentenbeginn nicht überschritten wird. Andernfalls können Sie gleichzeitig auch den vereinbarten Rentenbeginn gemäß § 5 Absatz 4 der Versicherungsbedingungen hinausschieben und auch die Beitragszahlungsdauer gemäß § 21 Absatz 4 der Versicherungsbedingungen entsprechend verlängern.

Eine derartige Verlängerung können Sie innerhalb von 12 Monaten verlangen, nachdem die gesetzliche Änderung in Kraft getreten ist.

Der neue Risikobeitrag nach einer Verlängerung wird unter Berücksichtigung folgender Tatsachen errechnet:

- dem für Ihren Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung der Verlängerungsoption gültigen Tarif,

- dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter der versicherten Person,
- der verbleibenden Versicherungsdauer (inklusive Verlängerungslaufzeit) und
- einem eventuell bei Vertragsabschluss vereinbarten Beitragszuschlag.

Wenn für die Zusatzoption Leistungseinschränkungen vereinbart sind, gelten diese auch für die hinzukommende Versicherungsdauer.

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz für die Zusatzoption ausgeschlossen?

1

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

Ausnahmen von diesem Grundsatz sind in Absatz 2 geregelt.

2

Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts außerhalb der territorialen Grenzen der NATO Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind von diesem Ausschluss nicht betroffen;

d) 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;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr und Bekämpfung der Einsatz der Katastrophenschutzbehörden der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Bundesländer oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder notwendig ist.

§ 8 Müssen Sie uns eine nachträgliche Erhöhung des Risikos mitteilen?

Sie sind nicht dazu verpflichtet, uns eine Erhöhung des Risikos (z. B. durch die Ausübung eines neuen Berufs, die Aufnahme des Rauchens oder einer neuen Freizeitaktivität) nach Versicherungsbeginn Ihres GENERATION private plus gemäß § 23 bis 27 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mitzuteilen, Unsere Befugnis in den mit Ihnen vereinbarten Fällen, bei Vertragsänderung, sowie bei Abschluss eines neuen Vertrags eine erneute Risikoprüfung durchführen zu dürfen, bleibt jedoch unberührt.

§ 9 Was gilt, wenn Sie eine planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente mit uns vereinbart haben?

Wenn Sie im Rahmen der vorliegenden Zusatzoption eine planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente mit uns vereinbaren, unterliegt die planmäßig erhöhte Rente insgesamt, also auch hinsichtlich des auf die Erhöhung entfallenden Teils, den allgemeinen Bestimmungen dieser Zusatzoption und ergänzend den Bestimmungen Ihres GENERATION private plus.

A) Regelungen für die planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente vor dem Versicherungsfall bei Verträgen mit laufenden Beiträgen

1

Wenn Sie mit uns eine planmäßige Erhöhung der Beiträge für Ihren GENERATION private plus gemäß § 19 der Versicherungsbedingungen vereinbart haben, steigt die versicherte Berufsunfähigkeitsrente vor Eintritt eines Versicherungsfalls zu jedem Jahrestag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns um jeweils die Hälfte des für die planmäßige Erhöhung der Beiträge vereinbarten Prozentsatzes. Wir verlangen keine erneute Risikoprüfung für den dadurch erhöhten Schutz. Durch die Erhöhung beginnen die Fristen für eine etwaige Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut.

Für den insoweit erhöhten Versicherungsschutz werden wir auch den Beitragsanteil für den Risikoschutz nach den ursprünglichen Kalkulationsgrundlagen neu berechnen.

2

Wir werden Sie rechtzeitig vor jedem Jahrestag zusammen mit der Information über die planmäßig anstehende Erhöhung der Beiträge über die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente sowie Ihr Recht zum Widerspruch gegen die jeweilige Erhöhung in Textform informieren.

3

Die jeweilige planmäßige Erhöhung der Beiträge und der Berufsunfähigkeitsrente entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb von 2 Wochen nach dem jeweiligen Jahrestag widersprechen. Sie können den Erhöhungen beliebig oft widersprechen. Wenn Sie der planmäßigen Erhöhung der Beiträge widersprechen oder diese auch für die Zukunft ausschließen, wird die versicherte Berufsunfähigkeitsrente angepasst. Hierüber werden wir Sie informieren.

4

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls findet die planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer unserer Leistungspflicht nicht statt. Erhöhungen der Rente, die theoretisch während der Dauer unserer Leistungspflicht eingetreten wären, bleiben unberücksichtigt. Vereinbarte Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente nach dem Versicherungsfall nach § 9 B bleiben unberührt. Endet unsere Leistungspflicht,

besteht Versicherungsschutz zunächst in der Höhe, wie er im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls bestanden hat. Nehmen Sie nach dem Ende unserer Leistungspflicht die Beitragszahlung zu Ihrem GENERATION private plus wieder auf, erfolgt die nächste planmäßige Erhöhung der Beiträge und der versicherten Berufsunfähigkeitsrente zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, der der Wiederaufnahme der Beitragszahlung folgt.

5

Wenn der für eine planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente maßgebliche Jahrestag des Versicherungsbeginns in den Zeitraum einer befristeten Beitragsfreistellung oder befristeten Beitragsreduzierung gemäß § 24 der Versicherungsbedingungen fällt, findet zu diesem Jahrestag keine planmäßige Erhöhung statt. Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach dem Ende der Beitragsfreistellung erfolgt die nächste planmäßige Erhöhung der Beiträge und der versicherten Berufsunfähigkeitsrente zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, der auf die Wiederaufnahme der Beitragszahlung in voller Höhe folgt, aber nicht rückwirkend für den Zeitraum der Beitragsfreistellung.

6

Die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente endet, wenn die planmäßige Erhöhung der Beiträge vollständig ausgeschlossen wird oder wenn die maximal versicherbare Höhe von 10.000,00 € monatlich erreicht wird. In den letzten 5 Jahren vor dem ursprünglichen oder vorgezogenen Rentenbeginn findet keine planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente mehr statt. Die letzte planmäßige Erhöhung erfolgt somit spätestens zum fünftletzten Jahrestag des Versicherungsbeginns vor dem ursprünglichen bzw. vorgezogenen Rentenbeginn Ihres GENERATION private plus.

B) Regelungen für die planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt des Versicherungsfalls

1

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart haben, steigt die versicherte Berufsunfähigkeitsrente zu jedem Jahrestag des Leistungsbeginns der Berufsunfähigkeitsrente um den von Ihnen gewählten Prozentsatz. Sie können bei Abschluss der Zusatzoption zwischen einer jährlichen Erhöhung um 1 % oder um 3 % wählen und mit uns vereinbaren. Den mit uns vereinbarten und für Ihren Vertrag geltenden Prozentsatz können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

2

Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, besteht Versicherungsschutz in der Höhe, wie er im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls bestanden hat. Erhöhungen der Rente, die während der Dauer unserer Leistungspflicht eingetreten sind, bleiben unberücksichtigt. Sie können jedoch beantragen, dass die versicherte Rente auch nach dem Ende der Berufsunfähigkeit bei dem Betrag verbleibt, welchen wir zuletzt an Sie ausgezahlt haben. In diesem Fall erhöhen sich die für die Berufsunfähigkeitsrente kalkulierten Risikobeiträge und gegebenenfalls auch der Beitrag für Ihren GENERATION private plus. Ein entsprechender Antrag muss innerhalb von einem Monat nach unserer Leistungseinstellung bei uns eingegangen sein.

3

Der Anspruch auf die während der Leistungspflicht erreichte erhöhte Berufsunfähigkeitsrente bleibt bei einem erneuten Eintritt der Berufsunfähigkeit in voller Höhe erhalten, wenn diese innerhalb von 12 Monaten nach Genesung von der vorherigen Berufsunfähigkeit eintritt. In diesem Fall errechnen sich die weiteren Erhöhungen nach der während der Dauer unserer vorausgehenden Leistungspflicht zuletzt erreichten Berufsunfähigkeitsrente.

4

Die Regelungen in Absatz 2 und 3 gelten auch, wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente vor und nach Eintritt des Versicherungsfalls gleichzeitig mit uns vereinbart haben.

§ 10 Was gilt, wenn Sie die Dynamik der Beitragsbefreiung nach dem Versicherungsfall bei Verträgen mit laufenden Beiträgen mit uns vereinbart haben?

1

Wenn Sie eine Dynamik der Beitragsbefreiung vereinbart haben, wird eine jährliche Erhöhung der Beiträge, die wir im Versicherungsfall für Sie zwecks Beitragsbefreiung für Ihren GENERATION private plus zahlen, durchgeführt. Die Erhöhung erfolgt zu jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Beginn unserer Leistungspflicht folgt in Höhe des von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählten Prozentsatzes.

Wenn Sie bei Vertragsabschluss eine planmäßige Erhöhung der Beiträge für Ihren GENERATION private plus vereinbart haben, können Sie bei Abschluss der Zusatzoption eine jährliche Dynamik der Beitragsbefreiung nach dem Versicherungsfall in Höhe von 1 %, 3 %, 5 %, 7 % und 10 %, maximal jedoch bis zu dem für die planmäßige Erhöhung der Beiträge für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Prozentsatz wählen.

Diese Wahlmöglichkeit besteht nicht, wenn Sie die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit zusammen mit weiteren Zusatzoptionen gewählt haben. In diesem Fall entspricht die jährliche Dynamik der Beitragsbefreiung immer dem für die planmäßige Erhöhung der Beiträge vereinbarten Prozentsatz.

Wenn Sie keine planmäßige Erhöhung der Beiträge für Ihren GENERATION private plus vereinbart haben, können Sie eine Dynamik der Beitragsbefreiung nach dem Versicherungsfall in Höhe von 1 % oder 3 % wählen.

2

In den letzten fünf Jahren vor dem ursprünglichen oder vorgezogenen Rentenbeginn findet keine Dynamik der Beitragsbefreiung nach dem Versicherungsfall mehr statt. Die Dynamik der Beitragsbefreiung nach dem Versicherungsfall endet somit spätestens zum fünftletzten Jahrestag des Versicherungsbeginns vor dem zu Ihrem GENERATION private plus vereinbarten ursprünglichen bzw. vorgezogenen Rentenbeginn.

3

Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, lebt Ihre Beitragszahlungspflicht wieder in der Höhe auf, in der sie im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls bestanden hat. Erhöhungen des Beitrags, die während der Dauer unserer Leistungspflicht gemäß Absatz 1 eingetreten sind, bleiben unberücksichtigt. Wenn eine planmäßige Erhöhung der Beiträge vereinbart ist, erfolgt die nächste planmäßige Erhöhung der Beiträge zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, der der Wiederaufnahme der Beitragszahlung folgt.

4

Der Anspruch auf Übernahme der Leistung in Höhe des während der Dauer unserer Leistungspflicht erreichten erhöhten Beitrags durch uns bleibt bei einem erneuten Eintritt der Berufsunfähigkeit in voller Höhe erhalten, wenn diese innerhalb von 12 Monaten nach Genesung eintritt. In diesem Fall errechnen sich die weiteren Erhöhungen gemäß Absatz 1 nach der während der Dauer unserer Leistungspflicht zuletzt erreichten Beitragshöhe.

§ 11 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz für die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?

A) Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung (Nachversicherungsgarantie)

1

Sie können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente während der mit uns für die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente vereinbarten Versicherungsdauer beliebig oft pro Ereignis ohne erneute Risikoprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie) bei:

a) Heirat, wobei die Heirat mit einem früheren Ehepartner bzw. Lebenspartner im Fall einer früheren Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) ausgeschlossen ist. Als Nachweis ist die Heiratsurkunde einzureichen;

b) Geburt eines Kindes der versicherten Person. Als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;

c) Adoption eines Kindes durch die versicherte Person. Als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen;

d) rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person. Als Nachweis ist die Scheidungs- bzw. Aufhebungsurkunde einzureichen;

e) Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person;

f) Aufnahme einer Finanzierung durch die versicherte Person für ihre freiberufliche oder selbstständige Tätigkeit in Höhe von mindestens 50.000 €. Dies ist durch Vorlage des entsprechenden Vertrags nachzuweisen;

g) Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu eigenen Wohnzwecken durch die versicherte Person. Als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen;

h) Abschluss einer beruflichen Qualifikation (z. B. Abschluss eines anerkannten Ausbildungsberufs, Meisterbrief, Promotion) der versicherten Person. Dies ist durch Vorlage der entsprechenden Urkunde nachzuweisen;

i) erstmalige Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit durch die versicherte Person, sofern dies durch geeignete Unterlagen nachgewiesen wird;

j) Wegfall der Versicherungspflicht in einem berufsständischen Versorgungswerk, sofern dies durch entsprechende Unterlagen nachgewiesen wird;

k) Wegfall oder Kürzung einer berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung für die versicherte Person, sofern dies durch entsprechende Unterlagen nachgewiesen wird;

l) nachhaltiger Steigerung des Bruttojahreseinkommens bei nicht selbstständigen Versicherten um mindestens 10 % im Vergleich zum Vorjahreseinkommen. Als Nachweis sind die Bestätigung durch den Arbeitgeber hinsichtlich des Zeitpunkts und der Höhe der Gehaltssteigerung sowie eine Gehaltsabrechnung einzureichen;

m) Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person. Als Nachweis ist die Sterbeurkunde einzureichen.

n) Erhalt einer Leistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgrund Pflegebedürftigkeit des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person. Geeignete Nachweise sind vorzulegen.

o) unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse zum fünften sowie zum zehnten Jahrestag des Versicherungsbeginns.

2

Die zusätzliche versicherte monatliche Berufsunfähigkeitsrente darf pro Ereignis maximal 1.000 €, jedoch nicht mehr als 50 % der bislang versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente betragen. Zudem darf der Gesamtbetrag der versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente nach erfolgter Anpassung den Betrag von 10.000 € nicht übersteigen. Darüber hinaus darf die Summe aller versicherten Renten aus sämtlichen für die versicherte Person bei Canada Life bestehenden Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen nicht mehr als 60 % des jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person betragen.

3

Sie können die jeweilige Nachversicherungsgarantie innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausüben. Den Eintritt des jeweiligen Ereignisses und die Einkommensverhältnisse der letzten 3 Kalenderjahre müssen Sie in geeigneter Form nachweisen (beglaubigte Kopie). Wir können außerdem weitere notwendige Auskünfte und Nachweise verlangen.

4

Die Nachversicherungsgarantie für die Berufsunfähigkeitsrente besteht nur, wenn

a) das Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie nicht höher als 50 Jahre ist,

b) die versicherte Person noch nicht berufsunfähig im Sinne der §§ 2 bis 4 ist bzw. der Eintritt einer solchen Berufsunfähigkeit nach Ihrer Kenntnis oder nach Kenntnis der versicherten Person nicht vorhersehbar ist,

c) noch keine Leistungen aus der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente beantragt wurden,

d) alle bis zum Zeitpunkt der Anpassung für Ihren GENERATION private plus fälligen Beiträge bezahlt sind und zu diesem Zeitpunkt keine befristete Beitragsfreistellung oder befristete Beitragsreduzierung bestand und

e) die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie für das jeweilige Ereignis weder in Bezug auf diese noch auf eine andere bei uns bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung ausgeübt worden ist.

5

Für die Erhöhung werden die gleichen Versicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen, Rechnungsgrundlagen und alle sonstigen für den bereits bestehenden Vertragsteil geltenden Vereinbarungen zugrunde gelegt. Für den zu erhöhenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen gelten somit auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

6

Durch die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente werden sich die für die Berufsunfähigkeitsrente kalkulierten Risikobeiträge und gegebenenfalls auch der Beitrag für Ihren GENERATION private plus erhöhen. Über eine gegebenenfalls erforderliche Beitragserhöhung werden wir Sie informieren.

7

Wenn im Zusammenhang mit einem persönlichen Ereignis gleichzeitig mehrere der unter Absatz 1 aufgeführten Ereignisse zutreffen, kann die Nachversicherungsgarantie trotzdem nur einmal für dieses persönliche Ereignis in Anspruch genommen werden.

B) Erhöhung des Versicherungsschutzes in sonstigen Fällen

1

Auch wenn Sie die Voraussetzungen unserer Nachversicherungsgarantie nicht erfüllen, können Sie jederzeit eine Erhöhung des Versicherungsschutzes bis zu einem Höchstbetrag der versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente von 10.000 € beantragen. Darüber hinaus darf die Summe aller versicherten Renten aus sämtlichen für die versicherte Person bei Canada Life bestehenden Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen nicht mehr als 60 % des jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person betragen. Unsere Zustimmung zu einer beantragten Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente hängt von unserer Einschätzung nach einer erneuten Risikoprüfung ab.

2

Für den erhöhten Vertragsteil gelten die zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen, Versicherungsbedingungen und Besondere Bedingungen. Für den zu erhöhenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

3

Durch die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente werden sich die für die Berufsunfähigkeitsrente kalkulierten Risikobeiträge und gegebenenfalls auch der Beitrag für Ihren GENERATION private plus erhöhen. Über eine gegebenenfalls erforderliche Beitragserhöhung werden wir Sie informieren

§ 12 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung aufgrund einer Berufsunfähigkeit erhalten möchten?

1

Eine Meldefrist ist nicht zu beachten. Wir bitten Sie jedoch, in Ihrem eigenen Interesse, uns einen möglichen Versicherungsfall unverzüglich anzuzeigen. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche.

2

Zum Nachweis des Versicherungsfalls sind uns auf Kosten des Anspruchstellers folgende Unterlagen einzureichen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte (z. B. Arztbriefe), 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;

c) Unterlagen über den zuletzt ausgeübten Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

e) Im Fall einer Erwerbsunfähigkeit nach § 4 Absatz 2 ist uns der vollständige Erwerbsminderungsrentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung vorzulegen.

3

Wir können außerdem – auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in der Economyklasse erstattet. Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 € pro Übernachtung übernommen. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland an- gewendeten Grundsätzen erfolgen.

4

Grundsätzlich sind uns Originale oder beglaubigte Kopien der jeweiligen Unterlagen vorzulegen. Fremdsprachige Urkunden sind auf Verlangen in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen. Zusätzlich können wir die Zahlung einer Leistung von der Vorlage des Versicherungsscheins abhängig machen.

5

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Zusatzoption. Ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten. Lässt der Versicherte darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

6

Zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte hat die versicherte Person die Möglichkeit, eine allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben.

7

Wenn eine der in den Absätzen 2 bis 6 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

8

Wir können einmalig für längstens 12 Monate ein zeitlich befristetes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 2 konkret ausübt. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.

9

Bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge zu Ihrem GENERATION private plus in voller Höhe weiter entrichten. Bei Anerkennung unserer Leistungspflicht zahlen wir Ihnen die zu viel entrichteten Beiträge zurück. Sie können jedoch gemäß § 16 eine Stundung der Beiträge bis

zu unserer endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht beantragen.

10

Wir unterstützen und beraten Sie gerne im Versicherungsfall.

Insbesondere bei Fragen
- zur Beantragung von Leistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum Umfang der Leistungen,
- zum Nachweis der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit,
- zu den beizubringenden Unterlagen,
- zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit im Rahmen des Leistungsantrags sowie
- zur betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen.

Gerne können Sie uns hierzu auch anrufen. Alle erforderlichen Formulare, mit denen Sie Leistungen beantragen können, erhalten Sie direkt von uns. Sofern möglich und mit uns vereinbart können Sie auch ein Tele-Interview durchführen, um Leistungen zu beantragen.

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

Innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen erhalten Sie von uns eine Entscheidung über die Leistungspflicht oder eine Mitteilung darüber, welche weiteren Unterlagen von Ihnen nachzureichen sind bzw. welche weiteren Schritte (z. B. neutrales Gutachten) wir einleiten werden. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig – mindestens alle 6 Wochen – über den aktuellen Bearbeitungsstand informieren.

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit und in welchen Fällen zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe?

1

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne der §§ 2 bis 4 nachzuprüfen und zu überprüfen, ob die versicherte Person noch lebt. Dabei sind insbesondere Gesundheitsveränderungen (abgesehen von vorübergehenden Änderungen) sowie das konkrete Ausüben einer zumutbaren anderen Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 2 zu berücksichtigen. Vorübergehende Besserungen bleiben dabei unberücksichtigt. Eine Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

2

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmung des § 12 Absatz 3 gilt entsprechend. Wir können vor Zahlung einer einmaligen Leistung oder vor jeder Rentenzahlung (in der Regel jährlich) ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

3

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustands oder die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit, sei es in Ihrem bisherigen oder in einem anderen (neuen) Beruf, anzuzeigen. Erst wenn wir Sie im Rahmen einer Nachprüfung Ihrer Berufsunfähigkeit gemäß den vorherigen Absätzen 1 und 2 danach fragen, sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Der Zeitpunkt der Nachprüfung wird individuell nach Sachverhalt (z. B. Beruf, Alter der versicherten Person, Krankheitsbild) festgelegt. Wir werden zu gegebener Zeit auf Sie zukommen. Die Einstellung der Leistung aufgrund einer Nachprüfung erfolgt frühestens nach 6 Monaten gerechnet ab dem Beginn unserer Leistungspflicht.

4

Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die bedingungsgemäßen Voraussetzungen unserer Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen.

5

Wenn Sie die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben und unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener beruflicher Fähigkeiten wieder eine Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht, zahlen wir als besondere Wiedereingliederungshilfe einen einmaligen Betrag in Höhe des 6-fachen der zuletzt gezahlten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Voraussetzung ist, dass bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Leistungsdauer für die Rente noch 12 Monate beträgt. Bei Wiedereintritt der Berufsunfähigkeit aus gleichem medizinischem Grund innerhalb von 6 Monaten wird die Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche angerechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Versicherungsdauer mehrmals beansprucht werden.

6

Endet unsere Leistungspflicht aus der gewählten Zusatzoption, muss die Beitragszahlung in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit wieder aufgenommen werden. Nur wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach dem Versicherungsfall vereinbart und nach § 9 B Absatz 2 die Beibehaltung der zuletzt gezahlten Rente als Versicherungssumme beantragt haben, müssen Sie gegebenenfalls einen höheren Beitrag zahlen.

§ 15 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

1

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 12 oder § 14 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie einer Auskunftserhebung, die für die Leistungsprüfung erforderlich ist, widersprechen oder eine Einzeleinwilligung nicht erteilen. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen.

2

Weisen Sie uns nach, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

3

Die Ansprüche aus der vereinbarten Zusatzoption bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

4

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

5

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 16 Mögliche Beitragsstundung während der Versicherungsfallprüfung

1

Haben Sie eine Leistung beantragt, müssen Sie die Beiträge zu Ihrem GENERATION private plus in voller Höhe bis zu unserer Leistungsentscheidung weiter entrichten. Auf Ihren Antrag können wir die Beiträge ab dem Zeitpunkt der Leistungsmeldung bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 4 zinslos stunden. Wird ein Versicherungsfall durch uns anerkannt und ist keine Stundung vereinbart worden, zahlen wir die ab Beginn unserer Leistungspflicht von Ihnen entrichteten Beiträge ohne Verzinsung an Sie zurück.

2

Voraussetzung für eine Stundung oder Teilstundung ist, dass Ihr GENERATION private plus bereits ein Jahr bestanden hat und alle bis zum Zeitpunkt der Stundung fälligen Beiträge vollständig gezahlt wurden. Die Stundung ist zinslos. Während der Zeit der Beitragsstundung besteht voller Versicherungsschutz.

3

Während der Beitragsstundung werden vereinbarte planmäßige Beitragserhöhungen ausgesetzt und es wird kein Treuebonus gewährt. Es fallen weiterhin alle für Ihren GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen geltenden Kosten und Gebühren an.

4

Wird der Versicherungsfall von uns nicht anerkannt, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Die gestundeten Beiträge können in einem Betrag nachgezahlt werden. Zudem haben Sie aber auch die Möglichkeit die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in monatlichen Raten nachzuzahlen.

Eine erneute Stundung ist frühestens nach vollständigem Ausgleich gestundeter Beiträge möglich.

5

Erkennen wir den Versicherungsfall an, verrechnen wir die bis zum Beginn unserer Leistungspflicht fälligen und gestundeten Beiträge mit Rentenleistungen.

§ 17 Wie ist das Verhältnis zu Ihrem GENERATION private plus?

1

Die gewählte Zusatzoption bildet mit Ihrem GENERATION private plus eine Einheit; sie kann ohne diese Versicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens mit dem vereinbarten Rentenbeginn oder wenn der Versicherungsschutz aus dem GENERATION private plus zu einem früheren Zeitpunkt endet, endet auch die Zusatzoption.

2

Der Versicherungsschutz aus der gewählten Zusatzoption endet, wenn Sie Ihren GENERATION private plus gemäß § 23 der Versicherungsbedingungen beitragsfrei stellen, Der Versicherungsschutz der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit endet zudem bei einer befristeten Beitragsfreistellung nach § 24 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen. Wenn Sie die Beitragszahlung innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung wieder aufnehmen, lebt die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit in den Fällen des § 24 der Versicherungsbedingungen automatisch wieder auf bzw. können Sie die Zusatzoptionen unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 23 Absatz 3 und § 24 Absatz 2 d) der Versicherungsbedingungen wieder einschließen.

3

Der Versicherungsschutz aus der gewählten Zusatzoption endet darüber hinaus, wenn Sie den Rentenbeginn hinausschieben (§ 5 der Versicherungsbedingungen) oder Ihren GENERATION private plus kündigen (§ 25 der Versicherungsbedingungen) sowie mit dem Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

4

Ansprüche aus der Zusatzoption, die auf einer Berufsunfähigkeit beruhen, die bereits vor der Kündigung gemäß § 25 der Versicherungsbedingungen oder vor einer zu Ihrem GENERATION private plus nach §§ 23, 24 der Versicherungsbedingungen vereinbarten unbefristeten oder befristeten Beitragsfreistellung, befristeten Beitragsreduzierung oder Betragsstundung eingetreten sind, werden durch die Kündigung, Beitragsfreistellung bzw. befristete Beitragsreduzierung des GENERATION private plus nicht berührt.

5

Bei einer Erhöhung des Beitrags zu Ihrem GENERATION private plus erhöht sich der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit entsprechend. Eine mitversicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich hierdurch jedoch nicht.

6

Bei einer Reduzierung des Beitrags zu Ihrem GENERATION private plus reduziert sich der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit entsprechend. Eine mitversicherte Berufsunfähigkeitsrente wird gegebenenfalls angepasst.

7

Eine gegebenenfalls gemäß § 19 der Versicherungsbedingungen vereinbarte planmäßige Erhöhung der Beiträge für Ihren GENERATION private plus wird ausgesetzt, wenn Ihre Beitragszahlungspflicht aufgrund eines Versicherungsfalls im Rahmen der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente oder Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit ruht. Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, besteht Ihre Beitragszahlungspflicht wieder in der Höhe, in der sie im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls bestanden hat. Die nächste planmäßige Erhöhung der von Ihnen zu zahlenden Beiträge erfolgt dann zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, der der Wiederaufnahme der Beitragszahlung folgt.

8

Während einer befristeten Beitragsfreistellung oder einer befristeten Beitragsreduzierung gemäß § 24 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen gilt Folgendes:

- Wenn der für eine planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 9 A maßgebliche Jahrestag des Versicherungsbeginns in den Zeitraum einer befristeten Beitragsfreistellung oder befristeten Beitragsreduzierung fällt, findet zu diesem Jahrestag keine planmäßige Erhöhung statt. Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung erfolgt die nächste planmäßige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, der der Wiederaufnahme der Beitragszahlung folgt, aber nicht rückwirkend für den Zeitraum der Beitragsfreistellung bzw. -reduzierung.

- Ihr Recht, von der Nachversicherungsgarantie gemäß § 11 Gebrauch zu machen, entfällt während der Dauer der Beitragsfreistellung bzw. -reduzierung und lebt erst bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung wieder auf.

9

Wenn Sie den Rentenbeginn Ihres GENERATION private plus hinausschieben, erfolgt keine automatische Verlängerung des Versicherungsschutzes für die gewählte Zusatzoption. Sie können aber von der Verlängerungsoption nach § 6 Absatz 3 dieser Besonderen Bedingungen Gebrauch machen.

Wenn zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns ein Versicherungsfall im Rahmen der Zusatzoptionen Berufsunfähigkeitsrente oder Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bestand, werden die hieraus resultierenden Leistungen zum ursprünglichen Rentenbeginn eingestellt, sofern nicht vereinbart worden ist, dass diese Leistungen schon zu einem früheren Zeitpunkt enden.

10

Der Anspruch auf Treueboni gemäß § 17 der Versicherungsbedingungen bleibt auch bei Eintritt eines Versicherungsfalls bestehen.

11

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für Ihren GENERATION private plus Anwendung.

§ 18 Wechseloption in eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

1

Wenn Sie die Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, können Sie von Ihrem für die versicherte Person bestehenden GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen ohne erneute Risikoprüfung in eine von uns angebotene selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung in gleichem Versicherungsschutzumfang wechseln, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind.

Voraussetzungen für die Wechseloption sind,

- dass Ihr GENERATION private plus aufgrund von Zahlungsschwierigkeiten, zum Beispiel aufgrund von Arbeitslosigkeit, Elternzeit, Scheidung oder Ende der Lohn-/Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall, beitragsfrei gestellt oder gekündigt wurde; zum Nachweis des Vorliegens von Zahlungsschwierigkeiten können wir die Einreichung geeigneter Nachweise verlangen,
- dass zum Zeitpunkt des beantragten Wechsels keine Ansprüche für die versicherte Person wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsminderung bei der Canada Life, einem anderen Personenversicherer oder Sozialversicherungsträger geltend gemacht wurden bzw. bestehen;
- dass zum Zeitpunkt des Wechsels eine Berufsunfähigkeitsversicherung von Canada Life mit einem entsprechenden Versicherungsschutzumfang angeboten wird.

2

Sie können die Wechseloption innerhalb von drei Monaten nach Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung bzw. nach Aufhebung des GENERATION private plus aufgrund einer Kündigung in Textform beantragen.

3

Bei einem Wechsel kann eine Berufsunfähigkeitsrente maximal bis zu dem Betrag der über die Zusatzoption versicherten Berufsunfähigkeitsrente vereinbart werden. Die anderen Vereinbarungen im Rahmen des GENERATION private plus und der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente wie Zahlungsweise, Endalter, Karenzzeit usw. werden für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung übernommen, soweit dies nach den von Canada Life bei Ausübung des Wechselrechts angebotenen Tarifbedingungen möglich ist. Sind innerhalb der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente zusätzliche Leistungseinschränkungen vereinbart, gelten diese auch für die neue selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung.

4

Für die Berechnung des neuen Beitrags werden die neuen, zum Zeitpunkt des Wechselwunsches geltenden, Versicherungsbedingungen, Rechnungsgrundlagen und alle sonstigen geltenden Vereinbarungen der jeweiligen Berufsunfähigkeitsversicherung, in die gewechselt werden soll, zugrunde gelegt. Die Höhe des Beitrags des neuen Versicherungsvertrags richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter und der Berufsklasse der versicherten Person.

5

Im Einzelfall kann es vorkommen, dass Beitragszahlungsdauer und Versicherungs- oder Leistungsdauer nicht beibehalten werden können.

Nach Ausübung der Wechseloption übersenden wir Ihnen ein Angebot für eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit allen nötigen Informationen. Es wird dann ein neuer Versicherungsvertrag vereinbart. Eine Übertragung oder Anrechnung der für Ihren GENERATION private plus bereits geleisteten Beiträge findet nicht statt.

6

Den neuen Versicherungsvertrag gewähren wir im Vertrauen darauf, dass Sie bei Abschluss Ihres GENERATION private plus die vorvertragliche Anzeigepflicht ordnungsgemäß erfüllt haben. Wenn wir eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht feststellen, gilt § 3 der Versicherungsbedingungen.

§ 19 Keine Überschussbeteiligung

Eine Überschussbeteiligung ist gemäß § 28 der Versicherungsbedingungen ausgeschlossen. Das gilt auch hinsichtlich der Zusatzoption Berufsunfähigkeitsrente oder Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

ANLAGE C

GENERATION UWP-Fonds III

Sie können im GENERATION private plus auch den von Canada Life aufgelegten GENERATION UWP-Fonds III wählen. Die Funktionsweise des GENERATION UWP-Fonds III entspricht dem Unitised-With-Profits-Prinzip, einer nach besonderen Prinzipien funktionierenden Anlageform, die stetes Kapitalwachstum zum Ziel hat und dies mit Garantiekomponenten verbindet. Die Eigenschaften sowie die Anlagebedingungen dieses Fonds unterscheiden sich von jenen anderer im Rahmen des GENERATION private plus angebotener Fonds und werden abweichend von den übrigen Regelungen der vorliegenden Versicherungsbedingungen in dieser Anlage geregelt.

Zur besseren Übersichtlichkeit dieser Anlage C haben wir Querverweise auf andere Bestimmungen nur dann gesondert bezeichnet, wenn sie sich außerhalb dieser Anlage C befinden. Querverweise, die nicht gesondert bezeichnet sind, beziehen sich auf diese Anlage.

§ 1 Unter welchen Bedingungen können Sie eine Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III wählen?

1 Beitragsaufteilung und Umschichtungen

Sie können bei Antragstellung oder während der Aufschubzeit festlegen, dass bis zu 100 % Ihres laufenden Beitrags bzw. Ihres Einmalbeitrags für eine Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III bestimmt sind. Dies ist nur dann möglich, wenn der Zeitraum bis zum vereinbarten Rentenbeginn für Verträge mit laufenden Beiträgen mindestens zwölf Jahre und für Verträge mit Einmalbeitrag mindestens zehn Jahre beträgt.

Umschichtungen während der Aufschubzeit in den GENERATION UWP-Fonds III werden wie Einmalbeiträge gemäß § 3 Absatz 2 behandelt.

2 Zuzahlungen

Zuzahlungen in den GENERATION UWP-Fonds III können Sie grundsätzlich bis zu zehn Jahre vor dem aktuellen Rentenbeginn leisten.

Wir behalten uns vor, dass wir keine weiteren vollständigen oder anteiligen Zuzahlungen zu Einmalbeitragsverträgen in den GENERATION UWP-Fonds III zulassen.

Wenn wir zum Zeitpunkt einer Zuzahlung einen Nachfolgefonds zum GENERATION UWP-Fonds III anbieten, werden wir Ihnen anbieten, dass Sie Zuzahlungen in diesen dann verfügbaren Teilfonds des UWP-Fonds leisten können. Hierfür wird gegebenenfalls ein neuer Vertrag mit einer neuen Versicherungsscheinnummer erstellt.

Für diesen neuen Vertrag gelten die für den GENERATION private plus oder, sollte dieser Vertragstyp zum Zeitpunkt der Zuzahlung nicht mehr angeboten werden, die für einen vergleichbaren Vertragstyp zum Zeitpunkt der Zuzahlung verwendeten Versicherungsbedingungen. Diese für die Zuzahlung geltenden Versicherungsbedingungen werden Sie mit dem Versicherungsschein für den neuen Vertrag erhalten.

Wenn eine Zuzahlung in den GENERATION UWP-Fonds III nicht mehr möglich ist, können Sie für die Investition Ihrer Zuzahlung auch eine andere Fondswahl treffen.

3 Erhöhung des Beitrags bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung

Sie können in den letzten fünf Jahren vor dem aktuellen Rentenbeginn keine Erhöhung des für den GENERATION UWP-Fonds III bestimmten Beitrags durchführen.

In den letzten neun bis mehr als fünf Jahren vor dem aktuellen Rentenbeginn darf die Erhöhung des für den GENERATION UWP-Fonds III bestimmten Beitrags maximal 200 % des im neunten Versicherungsjahr vor Rentenbeginn in den GENERATION UWP-Fonds III investierten Beitrags betragen. Bitte beachten Sie auch die in Absatz 5 aufgeführten weiteren Einschränkungen für eine Erhöhung des in den GENERATION UWP-Fonds III investierten Beitrags.

Wenn eine Beitragserhöhung nicht möglich ist, können Sie den erhöhten Beitragsanteil in einen anderen Fonds investieren.

4 Änderungen

Sie können gemäß § 16 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen den gewählten Prozentsatz für die Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III während der Aufschubzeit ändern, jedoch nicht in den letzten zwölf Jahren vor aktuellem Rentenbeginn erhöhen.

Es ist im Rahmen einer Neuaufteilung der zukünftigen Beiträge gemäß § 16 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen nicht möglich, den GENERATION UWP-Fonds III innerhalb der letzten zwölf Jahre vor dem aktuellen Rentenbeginn als neuen Fonds zu wählen.

Ein Fondswechsel bereits vorhandener Anteile gemäß § 16 Absatz 1 der Versicherungsbedingungen aus einem anderen Fonds in den GENERATION UWP-Fonds III ist

- bei Verträgen mit laufenden Beiträgen in den letzten zwölf Jahren vor aktuellem Rentenbeginn bzw.
- bei Verträgen gegen Einmalbeitrag in den letzten zehn Jahren vor aktuellem Rentenbeginn

nicht möglich.

Bitte beachten Sie auch die in Absatz 5 aufgeführten weiteren Einschränkungen für eine Neuaufteilung zukünftiger Beiträge und einen Fondswechsel.

Sie können Ihr Anteilguthaben aus dem GENERATION UWP-Fonds III in andere Fonds oder in das Automatische Portfolio Management (APM) umschichten. Sollten dabei die Garantievoraussetzungen für Ihr Anteilguthaben an dem GENERATION UWP-Fonds III nicht erfüllt sein, sind wir berechtigt, eine Wertangleichung gemäß § 6 dieser Anlage vorzunehmen. Wenn Sie Ihre Anteile aus dem GENERATION UWP-Fonds III vollständig oder teilweise in andere Fonds oder in das APM umschichten, ist es nicht mehr möglich, den GENERATION UWP-Fonds III erneut in der Höhe eines Euro-Betrages zu wählen, der der Höhe nach dem aus der Umschichtung resultierenden Euro-Betrag entspricht.

5 Weitere Einschränkungen für Investitionen in den GENERATION UWP-Fonds III

Für Investitionen in den GENERATION UWP-Fonds III durch eine Erhöhung des in den GENERATION UWP-Fonds III investierten Beitrags gemäß § 21 der Versicherungsbedingungen,

einen Fondswechsel gemäß § 16 Absatz 1 der Versicherungsbedingungen in den GENERATION UWP-Fonds III und die Neuaufteilung zukünftiger Beiträge gemäß § 16 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen gilt, dass die Summe aller der aufgeführten Investitionen 50 % der Beitragssumme der für Ihren GENERATION private plus bestimmten Beiträge nicht übersteigen darf.

Die Beitragssumme ist die Summe der im ersten Versicherungsjahr vorgesehenen Beiträge multipliziert mit der Anzahl der Jahre der vereinbarten Beitragszahlungsdauer, ohne Berücksichtigung einer gegebenenfalls gewählten planmäßigen Erhöhung.

Wir haben außerdem das Recht, den genannten Höchstbetrag für eine der oben genannten Investitionen in den GENERATION UWP-Fonds III zu reduzieren oder eine solche Investition abzulehnen, wenn dies im Interesse der anderen Versicherungsnehmer unter Berücksichtigung versicherungsmathematischer Grundsätze notwendig ist. Wir teilen Ihnen gerne auf Anfrage mit, ob die Möglichkeit, eine der oben genannten Investitionen in den GENERATION UWP-Fonds III durchzuführen, besteht. Auch den jeweils gültigen Höchstbetrag teilen wir Ihnen gerne auf Wunsch mit.

§ 2 Was ist der GENERATION UWP-Fonds III? Wie sind Sie an ihm beteiligt?

1 Die Anlagegrundsätze des GENERATION UWP-Fonds III

Der GENERATION UWP-Fonds III ist ein von Canada Life aufgelegter Fonds, der den Versicherungsnehmern des GENERATION private plus zur Verfügung steht und der ein Teilfonds des UWP-Fonds der Canada Life Assurance Europe plc ist.

Folgende Anlagegrundsätze gelten für den GENERATION UWP-Fonds III:

a) Maximal 90 % des Vermögens des Fonds werden zeitgleich in nationale und internationale Aktien und Grundstücke investiert.

b) Mindestens 10 % des Vermögens des Fonds müssen aus festverzinslichen Wertpapieren, Bargeld oder Depositengeldern bestehen.

c) Mindestens 10 % des Vermögens müssen in Euro notiert sein.

Die Anlagegrundsätze stellen nur einen Rahmen für die Investitionsmöglichkeiten des GENERATION UWP-Fonds III dar. Die jeweils aktuelle Zusammensetzung des Fondsvermögens finden Sie in unserem Internetauftritt oder erhalten Sie auf Anfrage.

2 Wie sind Sie am GENERATION UWP-Fonds III beteiligt?

Der GENERATION UWP-Fonds III hat drei unterschiedliche Werte, den Wert des geglätteten Anteilguthabens gemäß § 4 dieser Anlage, den tatsächlichen Wert des Anteilguthabens gemäß § 5 dieser Anlage und den UWP Wert des Anteilguthabens gemäß § 6 dieser Anlage.

§ 3 Welche Garantien hat der GENERATION UWP-Fonds III?

1 Garantien beim GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen

Unsere Garantien

a) GENERATION UWP-Fonds III bezogene Garantie

Wir garantieren Ihnen, wenn die unter Buchstabe c) i) genannten Garantievoraussetzungen erfüllt sind, bei Ihrem GENERATION private plus gegen laufende Beiträge zum Zeitpunkt des aktuellen Rentenbeginns, zum Zeitpunkt der vollständigen oder teilweisen Umschichtung aus dem GENERATION UWP-Fonds III in andere Fonds oder zum Zeitpunkt einer Kündigung vor ursprünglichem Rentenbeginn, dass wir für Anteile, die in den GENERATION UWP-Fonds III investiert sind, keine Wertangleichung Ihres geglätteten Anteilguthabens vornehmen werden, so dass Sie in vollem Umfang den geglätteten Wertzuwachs der Ihrem GENERATION private plus zustehenden Anteile im GENERATION UWP- Fonds III genießen.

b) Beitragsgarantie

Wir garantieren Ihnen, wenn die unter Buchstabe c) genannten Garantievoraussetzungen erfüllt sind, ausschließlich zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns, dass das geglättete Anteilguthaben mindestens 90 % der Summe aller für den GENERATION UWP-Fonds III gezahlten Beitragsanteile, reduziert um die in Ansatz zu bringenden bereits angefallenen Risikobeiträge für eine gegebenenfalls vereinbarte Zusatzoption und Werte getätigter Teilkündigungen, entspricht. Wenn Sie den in den GENERATION UWP-Fonds III investierten Beitragsanteil für mehr als zwölf Monate reduzieren, gilt die Beitragsgarantie von Beginn an nur in Höhe des insoweit nachträglich reduzierten Beitragsanteils.

c) Garantievoraussetzungen

i) Gemeinsame Voraussetzung für die unter a) und b) genannten Garantien ist, dass die Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III
- bis mindestens fünf Jahre vor dem ursprünglichen Rentenbeginn und
- mindestens zwölf Jahre insgesamt bestanden hat, und
- für mindestens 80 % der vergangenen Beitragszahlungsdauer die für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Beiträge gezahlt wurden; hierfür reicht eine Nachzahlung gemäß § 23 Absatz 3 der Versicherungsbedingungen aus.

Die vergangene Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und dem Zeitpunkt des aktuellen Rentenbeginns, der vollständigen oder teilweisen Umschichtung aus dem GENERATION UWP-Fonds III in andere Fonds bzw. der Kündigung, für den Beiträge vertraglich geschuldet waren. Auch Zeiten der Beitragsfreistellung gelten insoweit als beitragspflichtiger Zeitraum.

Als jeweils vereinbarte Beiträge gelten auch vereinbarte Änderungen der Beitragshöhe bzw. -zahlungsweise oder -dauer gemäß § 21 der Versicherungsbedingungen. Das heißt, dass eine Änderung nach § 21 der Versicherungsbedingungen nicht automatisch zu einem Verlust der Garantie führt. Nachzahlungen bei Verlängerung der Beitragszahlungsdauer im Rahmen des § 21 Absatz 4 bzw. bei Beitragsfreistellung im Rahmen des § 23 Absatz 3 Satz 2 der Versicherungsbedingungen werden auch berücksichtigt.

ii) Weitere Voraussetzung für die unter b) genannte Beitragsgarantie ist darüber hinaus, dass Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht beitragsfrei gestellt oder keine mehr als zwölfmonatige befristete Beitragsfreistellung vorgenommen haben.

d) Folgen des Garantieverlusts

Wenn Sie zum maßgeblichen Stichtag die Garantievoraussetzungen gemäß diesem Absatz 1 c) i) nicht erfüllen, ist es möglich, dass wir hinsichtlich Ihres Anteilguthabens an dem GENERATION UWP-Fonds III eine Wertangleichung gemäß § 6 dieser Anlage vornehmen müssen oder Sie diesbezüglich keinen Schlussbonus gemäß § 6 dieser Anlage erhalten. Dadurch würden Sie am maßgeblichen Stichtag ein geringeres Rentenvermögen bzw. einen geringeren Rückkaufswert erhalten.

2 Garantien beim GENERATION private plus mit Einmalbeiträgen

Unsere Garantien

a) GENERATION UWP-Fonds III bezogene Garantie

Wir garantieren Ihnen, wenn die unter Buchstabe c) genannten Garantievoraussetzungen erfüllt sind, bei Ihrem GENERATION private plus mit Einmalbeitrag zum Zeitpunkt des ursprünglichen oder des hinausgeschobenen Rentenbeginns, dass wir für Anteile, die in den GENERATION UWP-Fonds III investiert sind, keine Wertangleichung Ihres geglätteten Anteilguthabens vornehmen werden, so dass Sie in vollem Umfang den geglätteten Wertzuwachs der Ihrem GENERATION private plus zustehenden Anteile im GENERATION UWP-Fonds III genießen.

b) Beitragsgarantie

Wir garantieren Ihnen, wenn die unter Buchstabe c) genannten Garantievoraussetzungen erfüllt sind, ausschließlich zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns, dass das geglättete Anteilguthaben mindestens 90 % des für den GENERATION UWP-Fonds III gezahlten Anteils des Einmalbeitrags, reduziert um Werte getätigter Teilkündigungen, entspricht.

Diese unter a) und b) genannten Garantien gelten nicht im Fall des vorgezogenen Rentenbeginns gemäß § 5 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen, einer Kündigung oder des ganzen oder teilweisen Fondswechsels aus dem GENERATION UWP-Fonds III gemäß § 16 Absatz 1 der Versicherungsbedingungen.

c) Garantievoraussetzungen

Voraussetzung für die unter a) und b) genannten Garantien ist, dass die Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III

- mindestens zehn Jahre bestanden hat und
- mindestens in den letzten zehn Jahren keine weiteren Einmalbeiträge bzw. Zuzahlungen eingezahlt oder Umschichtungen in den GENERATION UWP-Fonds III vorgenommen wurden.

d) Folgen des Garantieverlusts

Wenn Sie zum maßgeblichen Stichtag die Garantievoraussetzungen nicht erfüllen, ist es möglich, dass wir hinsichtlich Ihres Anteilguthabens an dem GENERATION UWP-Fonds III eine Wertangleichung gemäß § 6 dieser Anlage vornehmen müssen oder Sie diesbezüglich keinen Schlussbonus gemäß § 6 dieser Anlage erhalten. Dadurch würden Sie am maßgeblichen Stichtag ein geringeres Rentenvermögen bzw. einen geringeren Rückkaufswert erhalten.

§ 4 Was ist der Wert Ihres geglätteten Anteilguthabens?

1 Geglättetes Anteilguthaben und geglätteter Wertzuwachs des GENERATION UWP-Fonds III

Der geglättete Wertzuwachs ist, sobald er von uns festgesetzt wurde, unabhängig von dem tatsächlichen Wert des GENERATION UWP-Fonds III gemäß § 5 dieser Anlage und dessen Schwankungen. Der geglättete Wertzuwachs kann nicht negativ sein. Er wird nach Maßgabe der nachstehenden Absätze ermittelt und gemäß § 3 dieser Anlage garantiert. Der Kurs der geglätteten Anteile kann nicht fallen.

Wir haben bei Aufstellung des GENERATION UWP-Fonds III einen Wertzuwachs für den Kurs der geglätteten Anteile festgesetzt. Danach setzen wir am ersten Werktag im April eines jeden Jahres den jährlichen Wertzuwachs fest, der bis zum ersten Werktag des folgenden Aprils wirksam bleibt.

Diesen Wertzuwachs nennen wir den geglätteten Wertzuwachs.

Bei Festsetzung des geglätteten Wertzuwachses berücksichtigen wir die bisherige Entwicklung des tatsächlichen Wertes des GENERATION UWP-Fonds III und unsere Einschätzung, welche Rendite voraussichtlich langfristig mit den Vermögenswerten des GENERATION UWP-Fonds III erzielt werden kann. Ferner berücksichtigen wir die Fondsverwaltungsgebühren gemäß § 27 Absatz 6 der Versicherungsbedingungen.

Eine unterjährige Neubestimmung des geglätteten Wertzuwachses bis zum dann folgenden ersten Werktag eines Aprils ist möglich, wenn dies im Interesse der anderen Versicherungsnehmer unter Berücksichtigung versicherungsmathematischer Grundsätze notwendig ist, soweit deren Beiträge ganz oder teilweise in den GENERATION UWP-Fonds III oder andere Teilfonds des UWP-Fonds der Canada Life investiert werden.

Wir teilen Ihnen gerne auf Anfrage den jeweils gültigen geglätteten Wertzuwachs mit.

2 Wert der geglätteten Anteile am GENERATION UWP-Fonds III

Der Kurs der geglätteten Anteile wird dem geglätteten Wertzuwachs entsprechend angepasst. Die Häufigkeit der Kursanpassung kann von uns geändert werden. Sie muss jedoch mindestens monatlich und darf höchstens täglich erfolgen.

Bei Ermittlung des Wertes der Anteile des geglätteten Anteilguthabens entsprechen sich Ausgabe- und Rücknahmekurs der Anteile des geglätteten Anteilguthabens. Der Rücknahmekurs der Anteile am geglätteten Anteilguthaben entspricht dem Wert der geglätteten Anteile.

3 Ermittlung des Wertes des geglätteten Anteilguthabens

Der Wert Ihres geglätteten Anteilguthabens am GENERATION UWP-Fonds III wird bestimmt durch die Zuweisung von geglätteten Anteilen zum geglätteten Ausgabekurs und der Auflösung von geglätteten Anteilen zum geglätteten Rücknahmekurs.

4 Wert des geglätteten Anteilguthabens

Der Wert Ihres geglätteten Anteilguthabens errechnet sich aus der Multiplikation der Ihrem GENERATION private plus zum gegebenen Zeitpunkt zustehenden geglätteten Anteile im GENERATION UWP-Fonds III mit dem geglätteten Rücknahmekurs. Wir nennen den geglätteten Wert Ihres geglätteten Anteilguthabens Ihr geglättetes UWP-Anteilguthaben.

§ 5 Wie wird der Fondswert des GENERATION UWP-Fonds III berechnet? Wie wird der tatsächliche Wert des Anteilguthabens berechnet?

1 Fondswert des GENERATION UWP-Fonds III

Der Fondswert wird zunächst gemäß § 13 der Versicherungsbedingungen zu Ihrem GENERATION private plus bestimmt. Zusätzlich hängt der Fondswert von den Gegebenheiten bei unseren anderen Versicherungsnehmern bei deren aktuellem Rentenbeginn, Tod der versicherten Person, Umschichtung von Anteilen aus dem GENERATION UWP-Fonds III oder Kündigung ab, die an dem GENERATION UWP-Fonds III oder einem anderen Teilfonds des UWP-Fonds der Canada Life Assurance Europe plc beteiligt sind. Wenn bei den anderen Versicherungsnehmern zum maßgeblichen Stichtag der tatsächliche Wert ihrer UWP-Anteilguthaben über deren geglätteten UWP-Anteilguthaben liegt und wir keinen vollständigen Schlussbonus gewähren, erhöht sich der Fondswert des jeweiligen UWP-Fonds. Wenn bei den anderen Versicherungsnehmern zum maßgeblichen Stichtag der tatsächliche Wert ihrer UWP-Anteilguthaben unter deren geglätteten UWP-Anteilguthaben liegt und die anderen Versicherungsnehmer die ihren Versicherungsverträgen zugrunde liegenden Garantievoraussetzungen erfüllen bzw. die versicherte Person stirbt, verringert sich der Fondswert des jeweiligen UWP-Fonds.

2 Der tatsächliche Wert Ihres UWP-Anteilguthabens

Nach dem der Fondswert des GENERATION UWP-Fonds III gemäß des vorstehenden Absatz 1 bestimmt wurde, werden die Kurse der Anteile, die Zuweisung von Anteilen, die Auflösung von Anteilen und daher der tatsächliche Wert des UWP-Anteilguthabens berechnet wie der Fondswert der anderen Canada Life-Fonds gemäß § 13 der Versicherungsbedingungen zum GENERATION private plus.

Der tatsächliche Wert Ihres UWP-Anteilguthabens ergibt sich aus der Summe aller zu dem jeweiligen Zeitpunkt zugewiesenen Anteile multipliziert mit dem jeweiligen Rücknahmekurs.

Der tatsächliche Wert Ihres UWP-Anteilguthabens wird mindestens monatlich und höchstens täglich ermittelt. Die Häufigkeit der Ermittlung kann von uns geändert werden.

§ 6 Welche Bedeutung hat die Wertangleichung für Ihr UWP-Anteilguthaben? Was ist der Schlussbonus? Was ist der UWP-Wert?

1 Wesen der Wertangleichung

Die von uns garantierte geglättete Wertentwicklung der geglätteten GENERATION UWP-Fonds III-Anteile und damit Ihres geglätteten UWP-Anteilguthabens beruht auf der Erwartung, dass Ihr GENERATION private plus bis zum ursprünglichen Rentenbeginn unverändert fortbesteht. Wir können jedoch das geglättete UWP-Anteilguthaben im Fall einer Kündigung, einer Umschichtung der Anteile aus dem GENERATION UWP-Fonds III in einen anderen Fonds oder zum aktuellen Rentenbeginn nach Maßgabe des nachstehenden Absatzes 2 reduzieren, sofern die Garantievoraussetzungen gemäß § 3 dieser Anlage zum maßgeblichen Stichtag nicht erfüllt sind. Unter diesen Umständen ist die Möglichkeit einer Wertangleichung im Interesse aller Versicherungsnehmer, die am GENERATION UWP-Fonds III oder einem anderen Teilfonds des UWP-Fonds der Canada Life beteiligt sind.

2 Was ist die Wertangleichung? Wann wird eine Wertangleichung durchgeführt?

Für die Wertangleichung vergleichen wir zum maßgeblichen Stichtag Ihr geglättetes UWP-Anteilguthaben mit dem tatsächlichen Wert Ihres UWP-Anteilguthabens.

Die Wertangleichung werden wir nur dann vornehmen, wenn zum Stichtag der tatsächliche Wert Ihres UWP-Anteilguthabens geringer ist als Ihr geglättetes UWP-Anteilguthaben. In diesem Fall bedeutet die Wertangleichung zunächst die Ermittlung des Differenzbetrages zwischen dem geglätteten Wert Ihres geglätteten UWP-Anteilguthabens und dem tatsächlichen Wert Ihres tatsächlichen UWP-Anteilguthabens. Wird die Wertangleichung durchgeführt, werden wir diesen Differenzbetrag von dem Wert Ihres geglätteten UWP-Anteilguthabens abziehen und Sie tragen dadurch das volle Kapitalmarktrisiko.

3 Wesen des Schlussbonus

Bei Erreichen des aktuellen Rentenbeginns, bei vorherigem Tod der versicherten Person oder bei Ihrer Kündigung oder bei einem Fondswechsel aus dem GENERATION UWP-Fonds III in einen anderen Fonds vergleichen wir zum maßgeblichen Stichtag Ihr geglättetes UWP-Anteilguthaben mit dem tatsächlichen Wert Ihres UWP-Anteilguthabens. Wir können nur dann einen vollständigen oder teilweisen Schlussbonus nach den Absätzen 4 oder 7 gewähren, wenn zum Stichtag der tatsächliche Wert Ihres UWP-Anteilguthabens höher als Ihr geglättetes UWP-Anteilguthaben ist.

4 Voller Schlussbonus bei Erreichen der Voraussetzung für den Schlussbonus

Wenn Sie zum maßgeblichen Stichtag die Voraussetzungen der nachfolgenden Absätze 5 und 6 dieser Anlage erfüllen, gewähren wir als Schlussbonus den gesamten Differenzbetrag zwischen Ihrem geglätteten UWP-Anteilguthaben und dem höheren tatsächlichen Wert Ihres UWP-Anteilguthabens. Wir nennen diesen Differenzbetrag den vollen Schlussbonus. Wir gewähren den vollen Schlussbonus auch bei Tod der versicherten Person vor Rentenbeginn. Im Falle einer Umschichtung wird der Schlussbonus aber nur auf die tatsächlich umgeschichteten Anteile gewährt.

5 Voraussetzungen für den Schlussbonus für Ihren GENERATION private plus mit laufenden Beiträgen

Damit Sie den vollen Schlussbonus für die in den GENERATION UWP-Fonds III investierten Beiträge erhalten,

- muss die Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III bis mindestens fünf Jahre vor dem ursprünglichen Rentenbeginn und
- mindestens zwölf Jahre insgesamt bestanden haben, und
- müssen für mindestens 80 % der vergangenen Beitragszahlungsdauer die für Ihren GENERATION private plus vereinbarten Beiträge gezahlt sein; hierfür reicht eine Nachzahlung gemäß § 23 Absatz 3 der Versicherungsbedingungen aus.

Die vergangene Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und dem Zeitpunkt des aktuellen Rentenbeginns, der vollständigen oder teilweisen Umschichtung aus dem GENERATION UWP-Fonds III in andere Fonds bzw. der Kündigung, für den Beiträge vertraglich geschuldet waren. Auch Zeiten der Beitragsfreistellung gelten insoweit als beitragspflichtiger Zeitraum.

Unter den vereinbarten Beiträgen bzw. Beitragsanteilen werden auch Beitragsänderungen gemäß § 21 der Versicherungsbedingungen zu Ihrem GENERATION private plus verstanden. Daher führen Beitragsänderungen gemäß § 21 nicht automatisch zum

Verlust des Schlussbonus. Beiträge, die auf eine Verlängerung der Beitragszahlungsdauer gemäß § 21 Absatz 4 oder Beitragsnachzahlungen gemäß § 23 Absatz 3 Satz 2 sind auch vereinbarte Beiträge oder Beitragsanteile.

6 Voraussetzungen für den Schlussbonus für Ihren GENERATION private plus mit Einmalbeitrag

Voraussetzung für den Erhalt des Schlussbonus ist, dass die Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III

- mindestens zehn Jahre bestanden hat und
- mindestens in den letzten zehn Jahren keine weiteren Einmalbeiträge bzw. Zuzahlungen eingezahlt oder weitere Umschichtungen in den GENERATION UWP-Fonds III vorgenommen wurden.

Der Schlussbonus wird nicht geleistet, im Falle des vorgezogenen Rentenbeginns gemäß § 5 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen zu Ihrem GENERATION private plus, bei Kündigung des Vertrages oder bei vollständiger oder teilweiser Umschichtung der Fondsanteile aus dem GENERATION UWP-Fonds III gemäß § 16 Absatz 1 der Versicherungsbedingungen.

7 Möglicher Schlussbonus bei Nichterreichen der Voraussetzungen

Wenn Sie zum maßgeblichen Stichtag die Voraussetzungen gemäß § 6 Absatz 5 und 6 dieser Anlage nicht erfüllen, haben Sie keinen Anspruch auf einen Schlussbonus. Wenn Sie die Voraussetzungen für den zuvor beschriebenen Schlussbonus nicht erfüllen, können wir einen anteiligen Schlussbonus gewähren. Ob und unter welchen Voraussetzungen wir einen anteiligen Schlussbonus gewähren und die Art und Weise der Gewährung eines anteiligen Schlussbonus für das kommende Jahr, legen wir jedes Jahr am ersten Werktag im April fest.

Die getroffenen Festlegungen zur Gewährung eines anteiligen Schlussbonus und bezüglich der Art und Weise der Gewährung eines anteiligen Schlussbonus können wir im laufenden Jahr bis zur neuen Festlegung dann ändern, wenn die anderen Versicherungsnehmer die ganz oder teilweise in den GENERATION UWP-Fonds III oder einen anderen Unterfonds des UWP-Fonds der Canada Life investiert sind, durch die getroffene Festlegung unangemessen benachteiligt werden.

8 UWP-Wert

Wir nennen Ihr geglättetes UWP-Anteilguthaben zuzüglich des möglichen Schlussbonus oder abzüglich der möglichen Wertangleichung Ihren UWP-Wert.

§ 7 Welche Folgen hat der vorgezogene Rentenbeginn auf die Anlage in den GENERATION UWP-Fonds III?

Sie können gemäß § 5 der Versicherungsbedingungen Ihren Rentenbeginn vorziehen bzw. hinausschieben.

Bitte beachten Sie, dass der vorgezogene Rentenbeginn Einfluss auf Ihr UWP-Anteilguthaben haben kann. So verlieren Sie die Garantien des § 3 dieser Anlage und den Anspruch auf einen möglichen Schlussbonus nach § 6 dieser Anlage, wenn Ihre Anlage in dem GENERATION UWP-Fonds III zum maßgeblichen Stichtag die Garantievoraussetzungen nach § 3 dieser Anlage nicht erfüllt.

Bei Ihrem GENERATION private plus mit Einmalbeitrag gelten die Garantien des § 3 dieser Anlage nicht im Fall des vorgezogenen Rentenbeginns.

Wir können Ihnen allenfalls unter den in § 6 Absatz 7 der Anlage beschriebenen Voraussetzungen einen Schlussbonus gewähren.

§ 8 Welche Folgen hat eine Umschichtung aus dem GENERATION UWP-Fonds III in andere Fonds? Wie wirkt sich eine Änderung der Beitragsaufteilung aus?

Sie können gemäß § 16 Absatz 1 der Versicherungsbedingungen jederzeit Ihr UWP-Anteilguthaben vollständig oder teilweise in andere Fonds umschichten oder gemäß § 16 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen die Aufteilung der zukünftigen Versicherungsbeiträge auf bestimmte Fonds ändern.

Bitte beachten Sie, dass Sie bei vollständiger oder teilweiser Umschichtung aus dem GENERATION UWP-Fonds III die Garantien zum maßgeblichen Stichtag der Umschichtung gemäß § 3 dieser Anlage für das UWP-Anteilguthaben in jedem Fall für die umgeschichteten Anteile verlieren. Für das im GENERATION UWP-Fonds III verbleibende Anteilguthaben sind die Garantievoraussetzungen dann unter Umständen auch nicht mehr erreichbar. Wenn Sie Ihre Anteile aus dem GENERATION UWP-Fonds III vollständig oder teilweise in andere Fonds umschichten, ist es nicht mehr möglich, den GENERATION UWP-Fonds III erneut in der Höhe eines Euro-Betrages zu wählen, der der Höhe nach dem aus der Umschichtung resultierenden Euro-Betrag entspricht.

Sind die Voraussetzungen für die Gewährung des Schlussbonus gemäß § 6 für die umgeschichteten Anteile zum Stichtag der Umschichtung nicht erfüllt, so besteht kein Anspruch auf die Gewährung eines Schlussbonus. Gemäß § 6 Absatz 7 können wir aber gleichwohl einen Schlussbonus gewähren.

ANLAGE D

AUTOMATISCHES PORTFOLIO MANAGEMENT (APM)

Diese Anlage ist Bestandteil der Versicherungsbedingungen des GENERATION private plus von Canada Life.

Bei dem Automatischen Portfolio Management wählen wir für Sie aus den für den GENERATION private plus zur Verfügung stehenden Canada Life-Fonds diejenigen aus, die dem für Sie ermittelten Anlageprofil entsprechen. Dabei unterscheiden wir drei nachstehend erläuterte Anlageprofile. Innerhalb der drei Anlageprofile wird der Beitrag im Rahmen eines Lebenszyklusmodells investiert. Bis 20 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn wird Ihr Anteilguthaben entsprechend Ihrem Anlageprofil investiert. Danach erfolgt bis zum vereinbarten Rentenbeginn schrittweise eine Umschichtung des Anteilguthabens innerhalb Ihres Anlageprofils in risikoärmere Fonds (überwiegend Renten- und Geldmarktfonds). Diese Umschichtung in risikoärmere Fonds ist unabhängig von dem Anlageprofil. Lediglich die Anzahl der umzuschichtenden Anteile ist bei den Anlageprofilen unterschiedlich – am höchsten bei dem dynamischen Anlageprofil und am geringsten bei dem sicherheitsorientierten Anlageprofil. Die Umschichtung nach dem Lebenszyklusmodell erfolgt automatisch aufgrund des Zeitablaufs ohne individuelle Überprüfung des jeweiligen Vertrags.

Aufgrund der automatischen Umschichtung können bei sinkenden Märkten Verluste realisiert werden.

Sie können gleichzeitig in das Automatische Portfolio Management und in einzelne Fonds sowie den GENERATION UWP-Fonds III investieren.

Soweit Ihrem GENERATION private plus Anteile an Einzelfonds oder dem GENERATION UWP-Fonds III zugewiesen sind, werden diese nicht im Rahmen des Automatischen Portfolio Managements umgeschichtet. Für Ihr UWP-Anteilguthaben gelten die in Anlage C – GENERATION UWP-Fonds III niedergelegten Grundsätze.

Durch die Vereinbarung des Automatischen Portfolio Managements fallen keine zusätzlichen Gebühren an.

Die Zusammensetzung der für das Automatische Portfolio Management ausgewählten Fonds wird regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich von uns überprüft. Kriterium für die Überprüfung ist, ob mit den ausgewählten Fonds langfristig das mit dem Anlageprofil unter Berücksichtigung des Lebenszyklusmodells beabsichtigte Anlageziel erreicht werden kann. Kurzfristige Schwankungen werden – insbesondere beim dynamischen Anlageprofil – in Kauf genommen.

Bitte beachten Sie, dass für Sie als Versicherungsnehmer auch bei Auswahl des APM die Chancen und Risiken des Kapitalmarktes, genau wie bei der Einzelfondsauswahl auch, bestehen.

Dynamisches Anlageprofil
Durch eine höhere Gewichtung der renditeorientierten Komponente APM A ist das Profil überwiegend auf internationale Aktien ausgerichtet. Diese können in ihrer Zusammensetzung und Verteilung auf den einzelnen Märkten unterschiedlich stark gewichtet sein. Ziel ist eine langfristige Wertsteigerung durch Kapitalwachstum, dabei werden kurzfristige Börsenschwankungen in Kauf genommen.

Ausgewogenes Anlageprofil
Durch die ausgewogene Gewichtung der Komponenten APM A und APM B liegt hier die langfristige Wertsteigerung durch Kapitalwachstum und Wiederanlage der Erträge im Fokus. Angelegt wird überwiegend in internationale Aktien und festverzinsliche Wertpapiere. Hinzu kommen teilweise Investitionen in geldmarktnahe Anlagen, um auftretende Börsenschwankungen zu reduzieren.

Sicherheitsorientiertes Anlageprofil
Die sicherheitsorientierte Komponente APM B ist hier stärker gewichtet. So wird überwiegend in festverzinsliche Wertpapiere, geldmarktnahe Anlagen und nur zu einem geringen Teil in internationale Aktien investiert. Das Ziel ist dabei der Kapitalerhalt als auch das langfristige Wachstum. Dieses soll in erster Linie durch Wiederanlage der Erträge erreicht werden.

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland, Hohenzollernring 72, 50672 Köln, HRB 34058, AG Köln

Postanschrift:
Canada Life Assurance Europe plc,
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg

Telefon: 06102-306-1800, Telefax: 06102-306-1801
kundenservice@canadalife.de, www.canadalife.de

Hauptsitz:
Canada Life Assurance Europe plc,
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland

Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

Vorstand:

Kevin Murphy (Vorstandsvorsitzender, irisch), William L. Acton (kanadisch), Sylvia Cronin (irisch), Susan Gibson (irisch), Iris Kremers (deutsch), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch), Rose McHugh (irisch)

Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung:
Magnus Baumhauer (deutsch)

Stand Januar 2024

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland
Hohenzollernring 72, 50672 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-306-1800, Telefax: 06102-306-1801
kundenservice@canadalife.de, www.canadalife.de

Hauptsitz: Canada Life Assurance Europe plc
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731
HypoVereinsbank München,
IBAN DE69 7002 0270 0062 3244 06, BIC HYVEDEMMXXX

Vorstand:
Kevin Murphy (Vorstandsvorsitzender, irisch), William L. Acton (kanadisch),
Sylvia Cronin (irisch), Susan Gibson (irisch), Iris Kremers (deutsch),
Hans-Gerd Lindlahr (deutsch), Rose McHugh (irisch)

Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung: Magnus Baumhauer (deutsch)

Canada Life Assurance Europe plc unterliegt der allgemeinen
Aufsicht der Central Bank of Ireland und der Rechtsaufsicht
der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

VB GNP 01 01/2024