

Allgemeine Versicherungsbedingungen

- AVB „Rückdeckungsversicherung 08“ –

(für Versicherungsverträge mit Versicherungsbeginn ab dem 01.01.2008 bis zum 31.12.2011)

Sehr geehrtes Mitglied,

die Mitgliedsunternehmen der Pensionskasse „Alters- und Hinterbliebenen- Versicherung der Technischen Überwachungs-Vereine VVaG“ (AHV) sind unsere Versicherungsnehmer und somit unsere Vertragspartner.

Für unser Vertragsverhältnis gelten neben den Bestimmungen unserer Satzung die nachfolgenden Bedingungen.

§ 1

Anmeldung und Aufnahme des Versorgungsberechtigten

1. Die Anmeldung der Versorgungsberechtigten (versicherte Personen), auf deren Leben die Versicherungsverhältnisse nach den AVB „Rückdeckungsversicherung 08“ abgeschlossen werden sollen, erfolgt durch das Mitglied. Die Anmeldung erfolgt mit einer Anwartschaft von Euro 100,-- jährlich (Mindestrente) oder einem Vielfachen davon. Bei der Anmeldung der Versorgungsberechtigten, bei der Wahl der Höhe der versicherten Rente sowie bei deren späteren Erhöhungen müssen sachliche, eine Risikoauslese ausschließende Grundsätze angewendet werden. Bei der Wahl der Höhe der versicherten Rente sowie bei deren späteren Erhöhungen ist zu beachten, dass die versicherte Rente zusammen mit den Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung voraussichtlich wegfallendes Erwerbseinkommen zum Zeitpunkt des Rentenbeginns nicht übersteigt (Vermeidung von Überversorgung).
2. Die Aufnahme des jeweiligen angemeldeten Versorgungsberechtigten erfolgt in der Regel nach Vorlage einer persönlichen Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse des Versorgungsberechtigten. Lässt die durch einen von uns beauftragten medizinischen Gutachter abzugebende Stellungnahme ein ungünstiges Versicherungsrisiko erkennen, so ist die Aufnahme vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung, deren Kosten das Mitglied zu tragen hat, sowie von einer erneuten Stellungnahme des von uns beauftragten medizinischen Gutachters abhängig.
3. Eine spätere Erhöhung der versicherten Renten ist unter Anwendung der Sätze der jeweils geltenden Prämientabelle jederzeit möglich.
4. Eine Höher- oder Nachversicherung vor dem vereinbarten Rentenbeginn kann vom Ergebnis einer erneuten ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden, wenn zur Zeit der Höher- oder Nachversicherung ein erhöhtes Versicherungsrisiko vorliegt oder ein solches zu vermuten ist. Nummer 2 Satz 2 gilt entsprechend.
5. Beim Vorliegen eines attestierten ungünstigen Versicherungsrisikos kann die Aufnahme bzw. eine Höher- oder Nachversicherung des Versorgungsberechtigten von der Entrichtung eines Risikozuschlages oder – bei Erstaufnahme – von der Erfüllung einer bis zu fünf Jahren betragenden – vorgeschalteten – Wartezeit abhängig gemacht werden.
6. Die Aufnahme und den Versicherungsbeginn bzw. Nichtaufnahme des Versorgungsberechtigten teilen wir dem Mitglied mit. Das Mitglied erhält bei Aufnahme des Versorgungsberechtigten einen Versicherungsschein.
7. Der Begriff des Versorgungsberechtigten wird für männliche wie weibliche Versorgungsberechtigte verwendet.

§ 2 Versicherungsschutz

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn und besteht nach Maßgabe der jeweils versicherten Rente.
2. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (§ 4) entfällt jedoch unsere Leistungspflicht bzw. vermindert sich bei laufender Beitragszahlungspflicht bzw. beschränkt sich bei Einmalbeiträgen auf die vor der Erhöhung des Versicherungsschutzes versicherte Rente. Dies gilt nur, wenn wir das Mitglied durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass das Mitglied die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

§ 3 Beiträge

Die Beiträge sind als laufende Beiträge (Jahresbeiträge) oder als Einmalbeiträge zu entrichten. Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Gefahr und Kosten des Mitglieds.

§ 4 Fälligkeit der Beiträge

1. Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Mitteilung der Aufnahme des Versorgungsberechtigten zu zahlen, jedoch nicht vor einem vereinbarten abweichenden Versicherungsbeginn.
2. Jahresbeiträge sind in vierteljährlichen Teilzahlungen im Voraus am 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober jeden Jahres zu entrichten. Einmalprämien sind zum 1.1. eines Jahres im Voraus zu entrichten. Bei mehr als zehntägiger späterer Zahlung ist ein zusätzlicher Betrag zu entrichten, der sich aus einer Verzinsung des Beitrags ab dem Zahlungstermin nach Satz 1 oder 2 in Höhe des der Versicherung zugrunde liegenden Rechnungszinses, erhöht um 1%, ergibt (Ausgleich für Verzinsung des Beitrags ab technischem Versicherungsbeginn).
3. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn das Mitglied fristgerecht alles getan hat, damit der Beitrag bei uns eingeht.
4. Im Versicherungsfall werden wir etwaige Beitragsrückstände mit der Versicherungsleistung verrechnen.

§ 5 Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

1. Das Mitglied kann jederzeit, wenn es laufende Beiträge zu zahlen hat, die Umwandlung der Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung verlangen. Sind laufende Beiträge zu zahlen, kann das Mitglied das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen; auch in diesem Fall wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt. Ein Anspruch auf Zahlung eines Rückkaufswerts im Wege der Kündigung der Versicherung besteht nicht, ebenso nicht auf Rückzahlung von Beiträgen, sofern nichts anderes geregelt ist.
2. Im Falle einer Umwandlung der Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung auf Verlangen des Mitglieds oder nach den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes wird die Versicherung nach Maßgabe des durch die geleisteten Beiträge gebildeten Deckungskapitals¹ beitragsfrei fortgeführt. Das Berechnungsverfahren für die beitragsfreie Versicherung regelt der Technische Geschäftsplan.

§ 5a **Teilkündigung wegen Versorgungsausgleich**

Das Mitglied kann, wenn die rückgedeckte Versorgungsanwartschaft oder der rückgedeckte Versorgungsanspruch des Versorgungsberechtigten (versicherte Person) einer Teilung nach den Bestimmungen des Gesetzes über den Versorgungsausgleich unterliegt, das auf das Leben dieser Person abgeschlossene Versicherungsverhältnis teilweise kündigen. Die Teilkündigung kann nur insoweit erfolgen, als die Leistungen aus der rückgedeckten Versorgungsanwartschaft oder dem rückgedeckten Versorgungsanspruch des Versorgungsberechtigten wegen der Teilung reduziert werden. Entsprechend dem Umfang der Teilkündigung wird das durch die geleisteten Beiträge für das Versicherungsverhältnis gebildete Deckungskapital¹ anteilig (zuzüglich anteilig zuzuteilender Bewertungsreserven) an das Mitglied ausgezahlt. Die versicherten Leistungen verringern sich entsprechend dem Umfang der Teilkündigung.

§ 6 **Kassenleistungen**

Unsere Leistungen bestehen aus

- Ruhegehalt als - Altersrente (§ 8)
- vorgezogene Altersrente (§ 9)
- Invalidenrente (§ 10)
- Witwen- bzw. Witwerrente (§ 11) und
- Waisenrente (§ 12).

§ 7 **Rechtsanspruch auf Kassenleistungen**

1. Als Pensionskasse im Sinne des § 232 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) gewähren wir auf unsere Kassenleistungen nach den AVB „Rückdeckungsversicherung 08“ einen Rechtsanspruch, dessen Gläubiger das jeweilige Mitglied ist.

Das Mitglied kann den Anspruch auf Kassenleistungen in dem Umfang, in dem sie ihm zur Deckung der gegenüber dem einzelnen Versorgungsberechtigten bestehenden Versorgungsverpflichtungen zustehen, zur Sicherung der Ansprüche des Versorgungsberechtigten verpfänden.

Ein unmittelbarer Rechtsanspruch der Versorgungsberechtigten gegen uns besteht nicht, außer im Falle des § 3 Abs. 9 der Satzung. In diesem Falle kann der Versorgungsberechtigte sich innerhalb von vier Wochen nach Empfang einer schriftlichen Aufforderung durch uns entscheiden, ob er gem. § 5 Nummer 2 eine beitragsfreie Versicherung aufrechterhalten oder eine sofortige Auszahlung der für ihn angesammelten Deckungsmittel verlangen will.

2. Das Vermögen, in Sonderheit die Vermögenswerte des Sicherungsvermögens und unsere Einkünfte dienen der ausschließlichen und unmittelbaren Erfüllung der Kassenleistungen.

§ 8 **Altersrente**

1. Der Anspruch auf Ruhegehalt als Altersrente entsteht nach Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Versorgungsberechtigte mit oder nach Vollendung des 65. Lebensjahres in den Ruhestand getreten ist. Der Eintritt in den Ruhestand ist durch Vorlage des Rentenbescheides eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung nachzuweisen oder, wenn der Versorgungsberechtigte nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist, hierüber ein gleichwertiger Nachweis zu führen.
2. Die Altersrentenzahlung beginnt mit dem Letzten des Monats, ab dem der Anspruch auf Ruhegehalt als Altersrente besteht.

3. Die Altersrentenzahlung endet mit Ablauf des Monats, in dem der Versorgungsberechtigte verstirbt.

§ 9

Vorgezogene Altersrente

1. Auf Antrag wird nach Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Versorgungsberechtigte vor Vollendung des 65. Lebensjahres in den Ruhestand getreten ist, ein Ruhegehalt als vorgezogene Altersrente gewährt. Der Eintritt in den Ruhestand ist durch Vorlage des Rentenbescheides eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung nachzuweisen oder, wenn der Versorgungsberechtigte nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist, hierüber ein gleichwertiger Nachweis zu führen.
2. Die Zahlung der vorgezogenen Altersrente beginnt mit dem Letzten des Monats, ab dem der Anspruch auf Ruhegehalt als vorgezogene Altersrente besteht.
3. Die Zahlung der vorgezogenen Altersrente endet mit Ablauf des Monats, in dem der Versorgungsberechtigte verstirbt.

§ 10

Invalidenrente

1. Der Anspruch auf Ruhegehalt als Invalidenrente entsteht mit dem Monatsersten, zu dem bei dem Versorgungsberechtigten eine volle Erwerbsminderung im Sinne der Bestimmungen der gesetzlichen Rentenversicherung (Invalidität) vor Vollendung des 65. Lebensjahres vorliegt und er in den Ruhestand getreten ist, frühestens jedoch nach Ablauf desjenigen Monats, für den das Mitglied dem Versorgungsberechtigten letztmalig ein ungekürztes Entgelt gezahlt hat. Der Anspruch besteht für die Dauer des Vorliegens dieser Voraussetzungen.

Invalidität liegt auch vor, wenn der Versorgungsberechtigte infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit seine vertragsmäßige Tätigkeit bei dem Mitglied nicht mehr in gewisser Regelmäßigkeit ausüben kann.

2. Die Invalidität ist durch ein vertrauensärztliches Gutachten oder durch den Bescheid eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung nachzuweisen.
3. Wer Invalidenrente bezieht, ist verpflichtet, sich während der Dauer der Ruhegehaltszahlungen in regelmäßigen oder unregelmäßigen Zeitabständen auf Invalidität erneut ärztlich untersuchen zu lassen. Wenn ein Versorgungsberechtigter sich nicht ärztlich untersuchen lassen will, kann das Ruhegehalt verweigert werden.
4. Die Invalidenrentenzahlung beginnt mit dem Letzten des Monats, ab dem der Anspruch auf Ruhegehalt als Invalidenrente besteht.
5. Die Invalidenrentenzahlung endet mit dem Wegfall deren Voraussetzungen vor Vollendung des 65. Lebensjahres, spätestens mit dem Tod des Versorgungsberechtigten. Die Invalidenrentenzahlung ruht, wenn der Versorgungsberechtigte einer Aufforderung zu einer ärztlichen Untersuchung nicht nachkommt. Bei einem Wegfall der Invalidität vor Vollendung des 65. Lebensjahres bleibt die Möglichkeit des Eintritts weiterer Versicherungsfälle unberührt. Mit Vollendung des 65. Lebensjahres wird dem Versorgungsberechtigten, der bisher eine Invalidenrente bezogen hat, die Invalidenrente als Altersrente weitergezahlt.
6. Ruhegehalt als Invalidenrente kann auch gewährt werden, wenn keine Invalidität im Sinne der Nummer 1 Absatz 2 anzunehmen ist, der Versorgungsberechtigte aber länger als ein Jahr arbeitsunfähig ist und es voraussichtlich noch für längere Dauer bleibt. Die Bestimmungen der vorgegangenen Nummern gelten entsprechend.

§ 11 Witwen-/Witwerrente

1. Anspruch auf Witwen-/Witwerrente besteht für den überlebenden Ehegatten des verstorbenen Versorgungsberechtigten. Der Anspruch entsteht bei Tod eines Versorgungsanwärters erstmals für den Monat, der auf den Ablauf von drei Monaten seit dem Todestag folgt, wobei der Monat, in dem der Tod eingetreten ist, mitgerechnet wird und bei Tod eines Ruhegehaltsempfängers erstmals für den Monat, der auf den Monat folgt, in dem der Tod eingetreten ist.
2. Ein Anspruch auf Witwen-/Witwerrente besteht jedoch nicht, wenn die Ehe mit dem Versorgungsberechtigten nicht mindestens ein Jahr gedauert hat, es sei denn, dass nach den besonderen Umständen des Falles (beispielsweise bei plötzlichem, nicht vorhersehbarem Tod durch Unfall) die Annahme nicht gerechtfertigt ist, dass es der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat war, der Witwe/dem Witwer eine Versorgung zu verschaffen.
3. Die Witwen-/Witwerrentenzahlung beginnt mit dem Letzten des Monats, ab dem der Anspruch auf Witwen-/Witwerrente besteht.
4. Die Witwen-/Witwerrentenzahlung endet mit der Wiederheirat der Witwe/des Witwers, spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die Witwe/der Witwer stirbt.
5. Für einen Anspruch auf Witwen-/Witwerrente gelten als Heirat auch die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, als Ehe auch eine eingetragene Lebenspartnerschaft, als Witwe und Witwer auch ein überlebender eingetragener Lebenspartner und als Ehegatte auch ein eingetragener Lebenspartner. Der Heiratsurkunde entspricht eine Bescheinigung über die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, der Wiederheirat entspricht die erneute Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

§ 12 Waisenrente

1. Der Anspruch auf Waisenrente besteht für die leiblichen Kinder und Adoptivkinder des verstorbenen Versorgungsberechtigten. Der Anspruch entsteht bei Tod eines Versorgungsanwärters erstmals für den Monat, der auf den Ablauf von drei Monaten seit dem Todestag folgt, wobei der Monat, in dem der Tod eingetreten ist, mitgerechnet wird und bei Tod eines Ruhegehaltsempfängers erstmals für den Monat, der auf den Monat folgt, in dem der Tod eingetreten ist. Der Anspruch besteht nur, solange das Kind die Voraussetzungen des § 32 Abs. 3 oder Abs. 4 Satz 1 Nummer 1, 2 oder 3, Abs. 5 EStG erfüllt.
2. Die Waisenrentenzahlung beginnt mit dem Letzten des Monats, ab dem der Anspruch auf Waisenrente besteht.
3. Die Waisenrentenzahlung endet mit Ablauf des Monats, in dem die Anspruchsvoraussetzungen der Waisenrente wegfallen oder die anspruchsberechtigte Waise stirbt.

§ 13 Höhe der Kassenleistungen

1. Die Höhe des Ruhegehaltes als Altersrente und Invalidenrente ergibt sich aus der versicherten Anwartschaft.

Bei Inanspruchnahme des Ruhegehaltes als vorgezogene Altersrente wird das Ruhegehalt in der Höhe gewährt, wie es sich im Zeitpunkt der Inanspruchnahme aus der vorhandenen geschäftsplanmäßigen Deckungsrückstellung durch Verrentung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen (Divisorenverfahren) ergibt.

Soweit das Mitglied anderweitige Einkommen aus einer Tätigkeit des Versorgungsberechtigten während der Invalidität oder Krankheit auf die Zahlung des Ruhegehaltes anrechnen darf, wird das Ruhegehalt als Invalidenrente in gleicher Höhe gekürzt.

Entsteht der Anspruch auf Ruhegehalt als Altersrente erst nach Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Versorgungsberechtigte das 65. Lebensjahr vollendet hat, wird für die gesamte Rentenlaufzeit ein versicherungsmathematischer Zuschlag auf die zum Zeitpunkt des Rentenbeginns versicherte Rente vorgenommen, dessen Höhe sich nach der Regelung im Technischen Geschäftsplan richtet.

2. Die Höhe der Witwen-/Witwerrente beträgt 60 % des Ruhegehaltes, das der Versorgungsberechtigte im Zeitpunkt seines Todes bezogen hat oder bezogen hätte, wenn bei ihm zu diesem Zeitpunkt Invalidität eingetreten wäre.
3. Die Höhe der Waisenrente beträgt für Halbweisen 12 %, für Vollweisen 20 % des Ruhegehaltes, das der Versorgungsberechtigte im Zeitpunkt seines Todes bezogen hat oder bezogen hätte, wenn bei ihm zu diesem Zeitpunkt Invalidität eingetreten wäre.
4. Witwen-/Witwerrente und Waisenrenten dürfen zusammen das Ruhegehalt, auf das der Versorgungsberechtigte Anspruch gehabt hätte, nicht übersteigen, anderenfalls erfolgt eine proportionale Kürzung der Einzelleistungen.
5. Zur Deckung eines etwaigen Fehlbetrags der AHV können wir satzungsgemäß Leistungen nur dann und nur insoweit herabsetzen, wie ein – nach Heranziehung der nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfallenden Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) gemäß § 14 Nr. 1a) – verbleibender Fehlbetrag auch nicht aus der vorrangig heranzuziehenden Verlustrücklage ausgeglichen werden kann und ein unabhängiger Treuhänder (§ 142 VAG) einer Herabsetzung der Versicherungsleistungen zugestimmt hat.

§ 14 Überschussbeteiligung

Wir beteiligen das Mitglied als Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen sowie der Satzung des Versicherungsvereins ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen.

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung
 - a) Die Überschüsse stammen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Um zu jedem Zeitpunkt der Versicherungsdauer den vereinbarten Versicherungsschutz zu gewährleisten, bilden wir Rückstellungen. Die zur Bedeckung dieser Rückstellungen erforderlichen Mittel werden angelegt und erbringen Kapitalerträge. Aus diesen Kapitalerträgen, den Beiträgen und den angelegten Mitteln werden die zugesagten Versicherungsleistungen erbracht sowie die Kosten der Verwaltung des Vertrages gedeckt. Je größer die Erträge aus den Kapitalanlagen sind und je niedriger als bei der Tarifikalkulation angenommen die Lebenserwartung und die Kosten sind, umso größer sind dann entstehende Überschüsse. Für die Überschussbeteiligung gilt insbesondere § 140 Abs. 2 VAG und die dazu nach § 145 Abs. 2 VAG erlassene Rechtsverordnung (Mindestzuführungsverordnung). Dies wird von der Aufsichtsbehörde überwacht.

Nach diesen Bestimmungen haben wir gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichheitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Wir stellen mindestens den nach der Mindestzuführungsverordnung vorgesehenen Teil des Kapitalanlageergebnisses, des Risikoergebnisses und des übrigen Ergebnisses in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ein, soweit der Überschuss nicht zur Beteiligung an den Bewertungsreserven in Form der sog. Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gutgeschrieben wird.

Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung (einschließlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven) verwenden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 VAG im Interesse der Versicherten abweichen, soweit die RfB nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für zusätzliche Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Höhe der Bewertungsreserven wird kalenderjährlich zum Bilanzstichtag neu ermittelt. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt dem Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG nach einem verursachungsorientierten Verfahren unmittelbar zu. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen bleiben unberührt.

2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung des einzelnen Vertrages

- a) Die Versicherung gehört zum Abrechnungsverband „R“, Gewinnverband „Rückdeckungsversicherung 07“/„Rückdeckungsversicherung 08“.
- b) Überschussanteile: Jede einzelne Versicherung innerhalb dieses Gewinnverbandes erhält - neben einer Beteiligung an den entstandenen Bewertungsreserven (hierzu c) - Anteile an den Überschüssen des Abrechnungsverbandes (Überschussanteile). Die Höhe der Überschussanteile wird auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars durch Beschluss der Mitgliederversammlung, der der Unbedenklichkeitserklärung der Aufsichtsbehörde bedarf, festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für die Überschussanteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Die Überschussanteile werden spätestens drei Monate nach der Beschlussfassung zur Überschussverwendung durch die Mitgliederversammlung zugeteilt. Die Überschussanteile werden errechnet im Verhältnis zum Deckungskapital¹ des Versicherungsvertrages am Ende des Kalenderjahres, das der Beschlussfassung zur Überschussverwendung vorangeht. Diese Überschussanteile sollen gemäß § 12 Abs. 2 und 3 der Satzung in erster Linie zur Zahlung von Beiträgen (auch Einmalbeiträgen) für Neuanmeldungen von Versorgungsberechtigten und/oder zu Höherversicherungen von Versorgungsberechtigten im Rahmen des Geschäftsplans Verwendung finden.

- c) Bewertungsreserven: Die Mittel zur Beteiligung an den Bewertungsreserven werden zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert (Direktgutschrift) und/oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Beteiligung erfolgt durch Auszahlung des zuzuteilenden Betrages an das Mitglied. Er soll in erster Linie zur Zahlung von Beiträgen (auch Einmalbeiträgen) für Neuanmeldungen von Versorgungsberechtigten und/oder zu Höherversicherungen von Versorgungsberechtigten im Rahmen des Geschäftsplans Verwendung finden.

3. Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 15

Antrag auf Kassenleistungen

1. Nach dem Eintritt eines anspruchsbegründenden Versicherungsfalles hat das Mitglied, sobald es vom Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis erlangt, diesen uns unverzüglich anzuzeigen und die Versicherungsleistung zu beantragen.
2. Dem Antrag auf Versicherungsleistungen sind die Unterlagen, die die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen des geltend gemachten Anspruchs belegen (Geburtsschein, Totenschein, Heiratsurkunde, ärztliches Zeugnis, Bescheinigung des Mitgliedes über die Dauer der Dienstzeit und ggf. darüber, dass es den Mitarbeiter nach pflichtmäßigem Ermessen für unfähig hält, weiterhin seine Dienstpflichten zu erfüllen) beizufügen. Wir können nach unserem Ermessen verlangen, dass ggf. weitere Erklärungen und Urkunden vorgelegt werden.
3. Wir entscheiden aufgrund der eingereichten Unterlagen, unserer eigenen Kenntnis der Verhältnisse sowie der sonst noch angestellten Erhebungen über den Antrag.
4. Das Mitglied kann innerhalb eines Monats nach Mitteilung der Entscheidung die Mitgliederversammlung anrufen.

§ 16

Zahlungsmodalitäten

1. Wir erbringen unsere Rentenzahlungen monatlich jeweils am Ende des Monats, in dem der Rentenanspruch besteht.
2. Sämtliche Zahlungen der Kasse erfolgen grundsätzlich bargeldlos und ausschließlich auf ein vom Mitglied benanntes Konto in der Bundesrepublik Deutschland, für das das Mitglied die Kosten trägt. Zwischen dem Mitglied und uns kann vereinbart werden, dass wir im Auftrag und für Rechnung des Mitglieds Auszahlungen unmittelbar an die Versorgungsberechtigten des Mitglieds oder an deren Hinterbliebene vornehmen.
3. Überzahlungen sind der AHV zu erstatten.

§ 17

Leitungsausschlüsse

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

Beim Ableben des Versorgungsberechtigten (versicherte Person) im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung der bis zum Todestag bezahlten Beiträge, wobei der Rückzahlungsbetrag auf die körperschaftssteuerlichen Höchstbeträge begrenzt ist. Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres entfällt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht, wenn der Versorgungsberechtigte (versicherte Person) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen er während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
2. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Erwerbsminderung beruht. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Invalidität unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen verursacht ist, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

§ 18 Mitteilungspflichten

1. Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
2. Veränderungen im Personen- und Familienstand des Versorgungsberechtigten bzw. Leistungsempfängers und sonstige leistungsrelevanten Veränderungen, von denen das Mitglied Kenntnis erhält, hat das Mitglied uns unverzüglich mitzuteilen. Wir sind zu Nachforschungen über leistungsrelevante Veränderungen nicht verpflichtet. Nehmen wir diese dennoch freiwillig vor, hat das Mitglied uns die hierfür entstehenden Kosten, soweit sie erforderlich und angemessen sind, zu ersetzen.
3. Das Mitglied hat vierteljährlich den Erhalt der im Berichtszeitraum für die Versorgungsberechtigten gezahlten Beträge zu bescheinigen. Es hat uns dabei auch zu erklären, dass der Versorgungsberechtigte noch lebt, die/der Witwenrentenempfängerin/Witwerrentenempfänger sich nicht wiederverheiratet hat und die Voraussetzungen, unter denen die Waisenrente gezahlt wird, noch zutreffen.
4. Die Pflichten nach Nummer 1 bis 3 können, wenn wir Auszahlungen unmittelbar an die Versorgungsberechtigten des Mitglieds oder an deren Hinterbliebene vornehmen (§ 16 Nummer 2 Satz 2), auch durch diese selbst erfüllt werden. Abweichend von Nummer 3 Satz 1 ist die Bescheinigung nur jährlich zu erbringen.

§ 19 Verjährung

1. Ansprüche auf regelmäßig wiederkehrende Rentenraten aus der betrieblichen Altersversorgung unterliegen der regelmäßigen Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB von 3 Jahren. Die regelmäßige Verjährungsfrist beginnt gemäß § 199 BGB mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchsberechtigte von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen musste. Der Anspruch verjährt spätestens in 10 Jahren von seiner Entstehung an.
2. Der Anspruch auf Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung als solcher (Rentenstammrecht) verjährt in 30 Jahren von seiner Entstehung an.

§ 20 Ausscheiden und Übertritt von Versorgungsberechtigten

1. Scheidet ein bei uns gemeldeter Versorgungsberechtigter aus den Diensten des Mitglieds aus, so kann das Mitglied, falls es gegenüber dem ausscheidenden Versorgungsberechtigten eine Versorgungsanwartschaft nicht aufrechtzuerhalten hat, wahlweise die Rückerstattung des für den ausscheidenden Versorgungsberechtigten bei uns gebildeten Deckungskapitals¹ beanspruchen oder dieses Deckungskapital¹ zum Einkauf von Anwartschaften für andere Mitarbeiter uns zur Verfügung stellen.

Behält der Versorgungsberechtigte bei seinem Ausscheiden aus den Diensten des Mitglieds seine Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung, so kann das Mitglied – ggf. nach Erhöhung der angemeldeten Anwartschaften auf den Barwert des im Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses bestehenden (unverfallbaren) Versorgungsanspruches – diese Anwartschaft in eine beitragsfreie Versicherung gem. § 5 umwandeln. Den ausgeschiedenen Arbeitnehmer hat das Mitglied auf diese Maßnahme hinzuweisen.

2. Tritt ein bei uns gemeldeter Versorgungsberechtigter unmittelbar in die Dienste eines anderen Mitgliedes über, kann die Anwartschaft für den betreffenden Versorgungsberechtigten zugunsten des neuen Arbeitgebers aufrechterhalten werden, wenn dieser die laufenden Beiträge weiter zahlt und das Mitglied, aus dessen Diensten der Versorgungsberechtigte ausgeschieden ist, die Erklärung abgibt, dass es auf die Ansprüche aus Nummer 1 gegenüber uns verzichtet.

§ 21 Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 22 Gerichtsstand

1. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Für Klagen des Versorgungsberechtigten bzw. seiner Hinterbliebenen ist auch das jeweilige Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk diese zur Zeit der Klageerhebung jeweils ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen das Mitglied müssen bei dem nach dem Sitz oder der Niederlassung des Mitglieds zuständigen Gericht erhoben werden. Klagen gegen den Versorgungsberechtigten bzw. seine Hinterbliebenen können wir ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für den Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts des Versorgungsberechtigten bzw. des jeweiligen Hinterbliebenen zuständig ist; ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt uns nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Geschäftssitz.

§ 23 Änderung von Bestimmungen des Versicherungsvertrags

1. Die Bestimmungen dieser AVB über die Beitragszahlung und Teilkündigung wegen Versorgungsausgleich (§§ 3 bis 5a), die Versicherungsleistungen (§§ 6 bis 13), die Überschussbeteiligung (§ 14) und über die Leistungsausschlüsse und -einschränkungen (§ 17) können auch für bestehende Versicherungen geändert werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - a) die Änderung ist zur Wahrung der Belange des Mitglieds erforderlich oder
 - b) die Stellung des Mitglieds wird durch die Änderung verbessert oder
 - c) der Versicherungsverein hat an der Änderung ein schutzwürdiges Interesse und die Belange der Mitglieder werden hierdurch gewahrt.
2. Darüber hinaus können bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen dieser AVB beruhen, die hierdurch betroffenen Bestimmungen unter Wahrung der Belange des Mitglieds auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert bzw. ergänzt werden.
3. Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitgehend entsprechen. Sie dürfen das Mitglied auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht benachteiligen.

§ 24

Rechtsfolgen der Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen des Versicherungsvertrags

1. Sind einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nicht wirksam, so bleibt der Vertrag im Übrigen wirksam, wenn nicht das Festhalten an ihm auch unter Berücksichtigung des Vertragsinhalts nach den gesetzlichen Vorschriften, die als gesetzliche Rechtsfolge der Unwirksamkeit an die Stelle der unwirksamen Bestimmungen treten würden, eine unzumutbare Härte für eine Vertragspartei darstellt.
2. Sofern in diesen Versicherungsbedingungen enthaltene Bestimmungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt werden sollten, 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 das Mitglied oder für uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange des Mitglieds angemessen berücksichtigen. Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem wir dem Mitglied die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

§ 25

Versicherungsaufsicht

Der Versicherungsverein unterliegt der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 13 08, 53003 Bonn.

§ 26

Inkrafttreten

Diese Versicherungsbestimmungen treten am 01.01.2008 in Kraft. (Letzte Änderung 01.04.2016)

¹ Das Deckungskapital wird versicherungsmathematisch nach den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Berücksichtigung der bilanz- und aufsichtsrechtlichen Regelungen der Deckungsrückstellung berechnet. Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 235 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341 des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

V e r f a h r e n s r e g e l u n g

zur Anmeldung von Versorgungsberechtigten und deren Aufnahme zur Versicherung nach den AVB „Rückdeckungsversicherung 08“

Nach § 1 Nummer 2 der AVB „Rückdeckungsversicherung 08“ (im Folgenden „AVB“) erfolgt die Aufnahme eines/einer angemeldeten Versorgungsberechtigten durch die AHV in der Regel nach Vorlage einer persönlichen Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse des/der Versorgungsberechtigten.

Auf die Vorlage einer derartigen persönlichen Erklärung kann dann verzichtet werden,

1. wenn das anmeldende Mitglied (Mitgliedverein gem. § 3 Abs. 1 der Satzung) in bzw. mit der Anmeldung erklärt hat, dass der/die Versorgungsberechtigte zur Zeit der Anmeldung weder arbeitsunfähig i. S. des Entgeltfortzahlungsgesetzes bzw. Invalide i. S. § 10 AVB ist, noch einen Antrag auf Gewährung der Rente wegen voller Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt hat;
2. wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Anmeldungen vom Versorgungsberechtigten sowie die Wahl der Höhe der angemeldeten Anwartschaften nach objektiven Merkmalen (z. B. Lebensalter, Personenstand, Berufs- oder Dienstalter, berufliche Stellung, Art der Tätigkeit) erfolgen (vgl. § 1 Nummer 1 Satz 3 AVB: „Bei der Anmeldung der Versorgungsberechtigten, bei der Wahl der Höhe der angemeldeten Anwartschaften sowie bei deren späteren Erhöhungen müssen sachliche, eine Risikoauslese ausschließende Grundsätze angewendet werden.“);
3. wenn die einzelne Anwartschaft (bzw. spätere Erhöhungen dieser versicherten Anwartschaft) Euro 12.000,-- jährlich nicht überschreitet;
4. wenn mindestens jeweils zehn Versorgungsberechtigte global gem. § 1 Nummer 1 Satz 1 und 2 AVB sowie im Rahmen der vorstehenden Nummer 3 angemeldet werden.

Sollte die Aufsichtsbehörde Änderungen der in Nummer 3 und/oder Nummer 4 genannten Werte (Anwartschaftshöhe und/oder Anzahl der global angemeldeten Versorgungsberechtigten) verlangen, so wird der hiervon betroffene Mitgliedverein daran mitwirken, dass diese Änderungen, die indes nur die nach Zugang der entsprechenden aufsichtsbehördlichen Verfügung erfolgende Anmeldungen bzw. Erhöhungen betreffen können, im Einvernehmen mit der AHV vollzogen werden.