

# **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Insolvenzsicherung der betrieblichen Altersversorgung (AIB)**

zuletzt geändert durch den Aufsichtsrat am 21. April 2009

---

## **Erster Abschnitt**

### **Allgemeine Bestimmungen**

#### **§ 1**

##### **Zweck der Versicherung**

- (1) Versichert wird die betriebliche Altersversorgung gegen die Folgen einer Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers in der Bundesrepublik Deutschland nach Maßgabe des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) und im Großherzogtum Luxemburg nach Maßgabe des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Großherzogtum Luxemburg über Zusammenarbeit im Bereich der Insolvenzsicherung betrieblicher Altersversorgung vom 22.09.2000 (Abkommen).
- (2) Die Versicherung wird vom Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) zugunsten der Versorgungsberechtigten abgeschlossen.

#### **§ 2**

##### **Gegenstand der Versicherung**

- (1) Die Versicherung umfasst
  - a) Ansprüche auf einmalige und laufende Leistungen aus einer unmittelbaren Versorgungszusage des Versicherungsnehmers,
  - b) Ansprüche, die einem Versorgungsberechtigten gegen den Versicherungsnehmer erwachsen, weil sein Bezugsrecht auf Leistungen aus einer Direktversicherung widerruflich ist oder der Arbeitgeber die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag abgetreten oder be-  
liehen hat und seiner Verpflichtung aus § 1b Abs. 2 Satz 3 BetrAVG wegen der Eröffnung des Insolvenzverfahrens nicht nachkommt,

c) die Gewährleistung der von einer Unterstützungskasse vorgesehenen oder über einen Pensionsfonds zugesagten Versorgung, soweit sie nach Eintritt des Versicherungsfalles (§ 3) entstanden sind.

Der Anspruch entsteht mit dem Beginn des Kalendermonats, der auf den Eintritt des Versicherungsfalles folgt.

- (2) Die Versicherung umfasst in den Fällen des § 3 Abs. 2 Buchstaben a), b) und d) auch rückständige Versorgungsleistungen, soweit diese bis zu zwölf Monaten vor Entstehen der Leistungspflicht des Versicherers entstanden sind.
- (3) Der Versicherer haftet nicht, soweit der Versicherungsnehmer beim Eintritt des Versorgungsfalles berechtigt war, Versorgungsansprüchen zu entziehen oder zu mindern.
- (4) Die Höchstgrenze der Leistungen des Versicherers ergibt sich abschließend aus § 7 Abs. 3 BetrAVG.
- (5) Ansprüche der Versorgungsberechtigten auf Zinsen und Erstattung von Kosten der Rechtsverfolgung sowie sonstige Kosten sind nicht Gegenstand der Versicherung.
- (6) Der Versicherer erteilt dem Versorgungsberechtigten einen Leistungsbescheid über die ihm zustehenden Ansprüche und deren Fälligkeit.

### § 3

#### **Versicherungsfall**

- (1) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn einer der in § 7 Abs. 1 BetrAVG abschließend aufgeführten Sicherungsfälle in der Bundesrepublik Deutschland eintritt.
- (2) Ein Versicherungsfall nach § 7 Abs. 1 BetrAVG liegt danach vor, wenn
  - a) über das Vermögen des Versicherungsnehmers oder über seinen Nachlass das Insolvenzverfahren eröffnet worden ist,
  - b) der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgewiesen worden ist,
  - c) ein außergerichtlicher Vergleich (Stundungs-, Quoten- oder Liquidationsvergleich) des Versicherungsnehmers mit seinen Gläubigern zur Abwendung eines Insolvenzverfahrens zustande gekommen ist, dem der Versicherer zugestimmt hat,
  - d) bei vollständiger Beendigung der Betriebstätigkeit des Versicherungsnehmers im Geltungsbereich des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens nicht gestellt worden ist und ein Insolvenzverfahren offensichtlich mangels Masse nicht in Betracht kommt.

- (3) Als Tag des Eintritts des Versicherungsfalles gilt
- im Fall a) der Tag, der sich aus dem Gerichtsbeschluss ergibt,
  - im Fall b) der Tag der Verkündung des Gerichtsbeschlusses,
  - im Fall c) der Tag, der sich aus der Zustimmungserklärung des Versicherers ergibt,
  - im Fall d) der Tag, an dem nach den Feststellungen des Versicherers die dort genannten Voraussetzungen erfüllt waren.
- (4) Der Versicherungsfall liegt auch vor, wenn entsprechend Artikel 3 Abs. 1 des Abkommens einer der im luxemburgischen Gesetz über Zusatzrentenordnungen aufgeführten Sicherungsfälle im Großherzogtum Luxemburg eintritt. Die Abwicklung des Versicherungsfalles richtet sich dann nach dem Abkommen.

### § 3a

#### **Versicherungsfall kraft Zustimmung**

- (1) Eine Zustimmung des Versicherers nach § 3 Abs. 2 Buchstabe c) kann nur auf Antrag des Versicherungsnehmers erteilt werden.
- (2) Aus dem Antrag müssen sich Dauer und Umfang der geplanten Maßnahme (Stundung, Kürzung, Einstellung) ergeben. Außerdem ist substantiiert darzulegen, ob das betroffene Unternehmen liquidiert oder fortgeführt werden soll sowie ggf. welche wirtschaftlichen und gesellschaftsrechtlichen Änderungen vorgesehen sind. Mitzuteilen ist auch, wie sich der oder die Inhaber des Unternehmens, die übrigen Gläubiger sowie die aktiven Arbeitnehmer an dem außergerichtlichen Vergleich beteiligen.
- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer auf Verlangen alle Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die für eine Entscheidung über den Antrag erforderlich sind. Die Kosten hierfür hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

### § 4

#### **Leistungen**

- (1) Versorgungsempfänger und gegebenenfalls ihre Hinterbliebenen haben gegen den Versicherer einen Anspruch in Höhe der Leistung, die der Versicherungsnehmer aufgrund einer unmittelbaren Versorgungs-

zusage zu erbringen hätte. Satz 1 gilt entsprechend, soweit Leistungen aus einer Direktversicherung nicht gezahlt werden oder wenn eine Unterstützungskasse oder ein Pensionsfonds die nach ihrer Versorgungsregelung vorgesehene Versorgung nicht erbringen.

- (2) Versorgungsberechtigte, die bei Eintritt des Versicherungsfalles eine unverfallbare Versorgungsanwartschaft aus einer unmittelbaren Versorgungszusage oder Direktversicherung haben, und gegebenenfalls ihre Hinterbliebenen erhalten bei Eintritt des Versicherungsfalles einen Anspruch gegen den Versicherer. Satz 1 gilt entsprechend für Personen, die zum Kreis der Begünstigten einer Unterstützungskasse oder eines Pensionsfonds gehören. Die Höhe des Anspruchs richtet sich nach den gesetzlichen Berechnungsgrundlagen gemäß § 7 Abs. 2 i.V.m. § 2 BetrAVG.
- (2a) Ergibt sich aus der Versorgungsregelung (z. B. Versorgungszusage, betriebliche Übung) des Versicherungsnehmers nichts über die Voraussetzungen und/oder die Höhe eines vorgezogenen oder hinausgeschobenen Altersruhegeldes, so gilt folgendes:
  - a) Vorgezogenes Altersruhegeld kann gemäß §§ 6, 30a BetrAVG in Anspruch genommen werden.
  - b) Nimmt der Versorgungsberechtigte vor der in der Versorgungsregelung des Versicherungsnehmers vorgesehenen festen Altersgrenze Altersruhegeld in Anspruch, so wird der sich aus der Versorgungsregelung für die Zeit vom Beginn der Betriebszugehörigkeit bis zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Altersruhegeldes ergebende, der Berechnung nach Abs. 2 Satz 3 zugrunde zu legende Vollanspruch für jeden Monat des vorgezogenen Beginns der Leistung um 0,5 vom Hundert gekürzt.
  - c) Nimmt der Versorgungsberechtigte nach der in der Versorgungsregelung des Versicherungsnehmers vorgesehenen festen Altersgrenze Altersruhegeld in Anspruch, so wird der sich aus der Versorgungsregelung für die Zeit vom Beginn der Betriebszugehörigkeit bis zur festen Altersgrenze ergebende, der Berechnung nach Abs. 2 Satz 3 zugrunde zu legende Vollanspruch für jeden Monat des späteren Beginns der Leistung um 0,5 vom Hundert erhöht.
- (3) Ein Anspruch auf Leistungen des Versicherers besteht nicht,
  - a) sobald und soweit Pensionskassen oder Lebensversicherungsunternehmen sich dem Versicherer gegenüber verpflichtet haben, diese Leistungen zu erbringen, und der Versorgungsberechtigte ein unmittelbares Recht erwirbt, die Leistungen zu fordern oder
  - b) sofern der Versicherer die gegen ihn gerichteten Ansprüche nach § 8 Abs. 1a BetrAVG auf den Pensionsfonds übertragen hat, dessen Trägerunternehmen die Eintrittspflicht nach § 7 BetrAVG ausgelöst hat.

- (4) Der Versicherer kann eine Anwartschaft oder eine laufende Leistung ohne Zustimmung des Versorgungsberechtigten abfinden, wenn die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 2 Satz 1 BetrAVG erfüllt sind. Die Abfindung ist über die in § 8 Abs. 2 Satz 1 BetrAVG bestimmten Beträge hinaus möglich, wenn im Falle der Begünstigung des Versorgungsberechtigten aus einer Direktversicherung die Abfindungsbeträge an das Unternehmen der Lebensversicherung gezahlt werden, bei dem der Versorgungsberechtigte im Rahmen einer Direktversicherung versichert ist. § 2 Abs. 2 Sätze 4 bis 6 und § 3 Abs. 5 BetrAVG gelten entsprechend.
- (5) Zur Feststellung des Anspruchs auf die Versicherungsleistung werden von den bei Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Versorgungsansprüchen abgesetzt:
- a) Aufrechenbare Forderungen, die der Versicherungsnehmer abziehen berechtigt war,
  - b) Erlöse aus Pfandrechten, Sicherheiten, Bürgschaften und dergleichen,
  - c) die Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die der Versicherungsnehmer oder der sonstige Träger der Versorgung erbringt oder auch nach Eintritt des Versicherungsfalles noch zu erbringen hat.
- Versorgungsanwartschaften mindern sich entsprechend.
- (6) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistung können nicht abgetreten werden. Auch eine andere Verwendung der Versicherungsleistung kann nicht verlangt werden.

## § 5

### **Leistungsbeschränkungen und -ausschlüsse**

- (1) Der Versicherer kann bei Versicherungsfällen, die durch kriegerische Ereignisse, innere Unruhen, Naturkatastrophen oder durch Kernenergie verursacht werden, nach § 7 Abs. 6 BetrAVG mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde die Leistung nach billigem Ermessen abweichend von diesen Bedingungen festsetzen.
- (2) Ein Leistungsanspruch besteht insoweit nicht, als nach den Umständen des Falles die Annahme gerechtfertigt ist, dass es der alleinige oder überwiegende Zweck der Versorgungszusage, ihrer Erhöhung oder sonstigen Verbesserung, der Beleihung oder Abtretung eines Anspruchs aus einer Direktversicherung mit unwiderruflichem Bezugsrecht gewesen ist, den Versicherer in Anspruch zu nehmen. Diese Annahme ist insbesondere dann gerechtfertigt, wenn bei Erteilung oder Verbesserung der Versorgungszusage wegen der wirtschaftlichen Lage des Versicherungsnehmers zu erwarten war, dass die Zusage nicht erfüllt werde.

- (3) Ein Anspruch auf Leistungen gegen den Träger der Insolvenzversicherung besteht bei Zusagen und Verbesserungen von Zusagen, die in den beiden letzten Jahren vor dem Eintritt des Sicherungsfalls erfolgt sind, nur
1. für ab 1. Januar 2002 gegebene Zusagen, soweit bei Entgeltumwandlung Beträge von bis zu 4 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung für eine betriebliche Altersversorgung verwendet werden oder
  2. für im Rahmen von Übertragungen gegebene Zusagen, soweit der Übertragungswert die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung nicht übersteigt.

## § 6

### Beiträge

- (1) Die Beiträge für laufende Versorgungsleistungen und unverfallbare Anwartschaften werden nach den gesetzlichen Vorgaben und nach Maßgabe der Beitragsbemessungsgrundlage gemäß § 10 Abs. 3 BetrAVG erhoben. Maßgeblich ist die Beitragsbemessungsgrundlage am Schluss des Wirtschaftsjahres des Versicherungsnehmers, das im abgelaufenen Kalenderjahr geendet hat. Im Großherzogtum Luxemburg werden Beiträge entsprechend den Vorschriften des Abkommens erhoben.
- (2) Versicherungsperiode ist das Kalenderjahr. Der Beitrag ist jährlich in einem Betrage zu entrichten, soweit sich nicht aus § 9 Abs. 2 etwas anderes ergibt. Auf den Beitrag können Vorschüsse erhoben werden.
- (3) Bei Beginn oder Ende der Beitragspflicht im Laufe eines Kalenderjahres wird ein anteiliger Beitrag erhoben, der sich als Anteil des vollen Beitrags im Verhältnis der beitragspflichtigen Tage zur Gesamtzahl der Tage in diesem Jahr ergibt. Beitragsbemessungsgrundlage im Beginnjahr ist der höchste nach § 10 Abs. 3 Nrn. 1 bis 4 BetrAVG berechnete Betrag aller beginnenden laufenden Versorgungsleistungen und unverfallbar gewordenen Anwartschaften (§ 14 Abs. 1 Satz 4 BetrAVG i.V.m. § 25 Abs. 2 VAG). Besonderheiten gelten bei Entgeltumwandlungszusagen (§ 7 Abs. 5 Satz 3 Nr. 1 BetrAVG). Zur Vereinfachung kann abweichend von Satz 2 auch
  - a) der Betrag nach § 10 Abs. 3 Nrn. 1 bis 4 BetrAVG zum Schluss des Wirtschaftsjahres des Versicherungsnehmers, das im Kalenderjahr vor dem Beginnjahr geendet hat oder
  - b) die Beitragsbemessungsgrundlage für das Folgejahrverwendet werden. Im Falle a) sind alle im Beginnjahr beitragspflichtig werdenden laufenden Leistungen und unverfallbaren Anwartschaften einzubeziehen, so als ob diese bereits meldepflichtig gewesen wären.

- 3a) Zusätzlich zu den Jahresbeiträgen gemäß Absatz 1 und 2 erhebt der PSVaG einen Einmalbeitrag nach den Vorschriften des Betriebsrentengesetzes zur Nachfinanzierung der bis zum 31. Dezember 2005 aufgrund eingetretener Insolvenzen zu sichernden Anwartschaften.
- (4) Für Beiträge, die wegen Verstoßes des Versicherungsnehmers gegen die Meldepflicht erst nach Fälligkeit erhoben werden, kann der Versicherer für jeden angefangenen Monat vom Zeitpunkt der Fälligkeit an einen Säumniszuschlag in Höhe von bis zu 1 vom Hundert der nach-erhobenen Beiträge erheben.
- (5) Der Beitrag oder Vorschuss ist einen Monat nach Zugang des Beitrags- oder Vorschussbescheides fällig. Für festgesetzte Beiträge und Vorschüsse, die der Versicherungsnehmer nach Fälligkeit zahlt, erhebt der Versicherer für jeden Monat Verzugszinsen in Höhe von 0,5 vom Hundert der rückständigen Beiträge. Angefangene Monate bleiben außer Ansatz.
- (6) Vom Versicherer zu erstattende Beiträge werden vom Tag der Fälligkeit oder bei Feststellung des Erstattungsbetrags durch gerichtliche Entscheidung vom Tage der Rechtshängigkeit an für jeden Monat mit 0,5 vom Hundert verzinst. Angefangene Monate bleiben außer Ansatz.
- (7) Ansprüche auf Zahlung der Beiträge sowie Erstattungsansprüche nach Zahlung nicht geschuldeter Beiträge verjähren in sechs Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beitragspflicht entstanden oder der Erstattungsanspruch fällig geworden ist. Auf die Verjährung sind die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden.

## § 7

### **Mitteilungs- und Auskunftspflichten im Beitragsverfahren**

- (1) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer spätestens bis zum 30. September eines jeden Kalenderjahres die Höhe des nach § 6 Abs. 1 für die Bemessung des Beitrages maßgebenden Betrages bei unmittelbaren Versorgungszusagen und Pensionsfondszusagen aufgrund eines versicherungsmathematischen Gutachtens, bei Direktversicherungen aufgrund einer Bescheinigung des Versicherungsunternehmens und bei Unterstützungskassen aufgrund einer nachprüfaren Berechnung mitzuteilen. Der Versicherer kann verlangen, dass die Höhe der Beitragsbemessungsgrundlage durch einen vom Versicherer anerkannten versicherungsmathematischen Sachverständigen attestiert wird. Der Versicherungsnehmer hat die nach den Sätzen 1 und 2 erforderlichen Unterlagen mindestens sechs Jahre aufzubewahren.

- (2) Der Versicherungsnehmer hat für die jährliche Meldung der Beitragsbemessungsgrundlagen den vom Versicherer vorgesehenen Erhebungsbogen zu verwenden. Diesem sind als Nachweise beizufügen:
- a) für unmittelbare Versorgungszusagen ein Kurztestat des versicherungsmathematischen Sachverständigen, das auf dem von ihm erstellten Gutachten gemäß § 7 Abs. 1 beruht,
  - b) für Direktversicherungen eine Bescheinigung des Lebensversicherungsunternehmens, die die Anzahl der Versorgungsberechtigten mit gesetzlich unverfallbaren Anwartschaften sowie den meldepflichtigen Betrag enthält,
  - c) für Unterstützungskassenbegünstigungen ein Kurztestat des versicherungsmathematischen Sachverständigen bzw. eines Kurznachweises, wenn der Versicherungsnehmer die Berechnungen selbst durchführt,
  - d) für Pensionsfondszusagen ein Kurztestat des versicherungsmathematischen Sachverständigen, das auf dem von ihm erstellten Gutachten gemäß § 7 Abs. 1 beruht und als Beitragsbemessungsgrundlage 20 % des Wertes entsprechend dem für unmittelbare Versorgungszusagen enthält (§ 10 Abs. 3 Nr. 4 BetrAVG).

Der Versicherer kann Form und Inhalt der Kurztestate vorschreiben.

- (3) Der Versicherungsnehmer ist darüber hinaus verpflichtet, dem Versicherer auf Verlangen alle Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die zur Erhebung des Beitrags erforderlich sind.

## § 8

### **Mitteilungs- und Auskunftspflichten im Leistungsfall**

- (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen vorzulegen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Höhe des Ausfalls sowie darüber hinaus zur Durchführung der Versicherung erforderlich sind.
- (2) Der Versorgungsberechtigte und gegebenenfalls seine Hinterbliebenen können einen Anspruch gegen den Versicherer nur geltend machen, wenn sie in dem Umfang, in dem der Versicherer es zumutbarerweise verlangen kann, dazu beitragen, dem Versicherer die Feststellung der Leistung dem Grunde und der Höhe nach sowie die bedingungsgemäße Verwendung der Leistung zu ermöglichen. Insbesondere haben sie auf Verlangen des Versicherers die Versorgungszusage vorzulegen und diesbezügliche Auskünfte zu erteilen sowie den Eintritt des Versicherungsfalles beim Versicherungsnehmer glaubhaft zu machen.

- (3) Die für die Durchführung der Insolvenzversicherung nach den Absätzen 1 und 2 erforderlichen Unterlagen sind beim Versicherer auf dessen Verlangen im Original oder in öffentlich beglaubigter Form vorzulegen.

## **Zweiter Abschnitt**

### **Sonderregelungen für das Meldeverfahren bei geringen Beitragsbemessungsgrundlagen**

#### **§ 9**

##### **Kleinstbetragsregelung für alle Durchführungswege**

- (1) Bei Versicherungsnehmern mit einer Beitragsbemessungsgrundlage bis zu 60.000 EUR können die gemäß § 7 Abs. 2 nachgewiesenen Werte unabhängig vom Durchführungsweg unverändert für die Dauer von fünf Jahren als Beitragsbemessungsgrundlage verwandt werden. In Abständen von jeweils fünf Jahren sind dem Versicherer auf von ihm gelieferten Vordrucken aktuelle testierte Werte nachzuweisen. Änderungen der Beitragsbemessungsgrundlagen innerhalb eines 5-Jahres-Turnus bleiben für die Beitragszahlung in der Regel außer Betracht. Die Teilnahme an der Kleinstbetragsregelung ist beim Versicherer zu beantragen; andernfalls sind die Beitragsbemessungsgrundlagen nach § 7 jährlich mitzuteilen.
- (2) Die Beiträge werden am Ende des 5-Jahres-Turnus mit den für die einzelnen Jahre festgelegten Beitragssätzen in einem Betrag erhoben. Die für die einzelnen Zwischenjahre entstehenden Beiträge werden zinslos gestundet.
- (3) Die Teilnahme endet durch
- a) Wegfall der Beitragspflicht des Versicherungsnehmers insgesamt innerhalb des 5-Jahres-Turnus (z. B. Tod des letzten Anspruchsberechtigten),
  - b) Überschreiten des Grenzbetrages gemäß Absatz 1 nach einem 5-Jahres-Turnus,
  - c) Überschreiten des Grenzbetrages gemäß Absatz 1 innerhalb eines 5-Jahres-Turnus durch Übernahme eines Betriebes oder Betriebsteiles mit einer diesem zuzuordnenden betrieblichen Altersversorgung im Wege der Gesamt- oder Einzelrechtsnachfolge,
  - d) schriftliche Mitteilung gegenüber dem Versicherer, an der Kleinstbetragsregelung künftig nicht mehr teilnehmen zu wollen,
  - e) Überschreiten des Grenzbetrages gemäß Absatz 1 innerhalb eines 5-Jahres-Turnus durch Erteilen neuer Zusagen.

- (4) Die Beendigung der Teilnahme vor Ablauf des 5-Jahres-Turnus nach Abs. 3 Buchstaben a), c) und e) ist dem Versicherer zum Zwecke der Erhebung entsprechender Beiträge oder zur Beendigung der Beitragspflicht anzuzeigen.

## § 10

### **Rentner-Kleinbetragsregelung für unmittelbare Versorgungszusagen**

Insolvenzsicherungspflichtige Versicherungsnehmer mit einer Beitragsbemessungsgrundlage von 60.000 EUR bis 150.000 EUR nur für laufende Leistungen aus unmittelbaren Versorgungszusagen können als Alternative zur jährlichen Einholung eines versicherungsmathematischen Gutachtens gemäß § 7 Abs. 1 folgende Kleinbetragsregelung beantragen:

- a) Der letzte durch ein versicherungsmathematisches Kurztestat gemäß § 7 Abs. 2 nachgewiesene Teilwert für Rentner unter der genannten Obergrenze gilt nicht nur für das entsprechende Meldejahr, sondern kann in unveränderter Höhe auch für die Folgejahre angewendet werden.
- b) Erhöhungen der Rentenbeträge sind vom Mitglied anzuzeigen; für den darauffolgenden Bilanzstichtag muss ein aktuelles Kurztestat erstellt und die daraus ersichtlichen Werte im darauffolgenden Jahr bis zum 30. September gemeldet werden. Diese Werte gelten dann bis zur nächsten Änderung.
- c) Bei Sterbefällen kann die Beitragsbemessungsgrundlage um den nachzuweisenden Wert für den Verstorbenen gekürzt werden, wenn keine Hinterbliebenenversorgung zu zahlen ist.
- d) Bei Übergang auf Hinterbliebenenversorgung gilt entweder die unveränderte Beitragsbemessungsgrundlage weiter, oder es ist für den darauffolgenden Bilanzstichtag ein Kurztestat über den reduzierten Gesamtwert vorzulegen.

## § 11

### **Gutachten-Sonderregelung für unmittelbare Versorgungszusagen**

- (1) Sicherungspflichtige Arbeitgeber, deren Beitragsbemessungsgrundlage zum letzten Bilanzstichtag laut versicherungsmathematischem Gutachten bei unmittelbaren Versorgungszusagen unter 250.000 EUR lag, können folgende Sonderregelung beantragen:

- a) Bei reinen Rentnerbeständen mit einer Beitragsbemessungsgrundlage von 150.000 EUR bis 250.000 EUR werden versicherungsmathematische Gutachten für das laufende Jahr und für vier Folgejahre im voraus eingeholt. Erhöht sich jedoch in einem der vier Folgejahre innerhalb des 5-Jahres-Turnus die Rentenhöhe, so ist vom Änderungsjahr an wieder ein versicherungsmathematisches Gutachten für das laufende und vier Folgejahre im voraus einzuholen und der Versicherer von dieser Rhythmusänderung zu informieren. Entfällt die Voraussetzung des Vorliegens eines reinen Rentnerbestandes, weil erstmals eine unverfallbare Anwartschaft meldepflichtig wird, so ist vom Versicherungsnehmer die Teilnahme an der Sonderregelung gemäß Buchstabe b) zu beantragen.
- b) Bei reinen Anwärterbeständen und gemischten Anwärter-/Rentnerbeständen mit einer Beitragsbemessungsgrundlage von 60.000 EUR bis 250.000 EUR werden versicherungsmathematische Gutachten für Zwecke des Versicherers nur im 5-Jahres-Turnus eingeholt und dem Versicherer mit Kurztestat gemäß § 7 Abs. 2 nachgewiesen. Für die vier gutachtenfreien Jahre innerhalb des 5-Jahres-Turnus wird der Vorjahreswert vom Versicherer für Beitragsbemessungszwecke jeweils pauschal um 15 vom Hundert erhöht. Ergibt das nächste turnusmäßig eingeholte Gutachten die Unrichtigkeit der zwischenzeitlich zugrunde gelegten Pauschalwerte, so findet gleichwohl keine nachträgliche Änderung statt.
- c) Bestehen neben betrieblicher Altersversorgung durch unmittelbare Versorgungszusagen auch die Durchführungswege Unterstützungskasse und/oder Direktversicherung und/oder Pensionsfonds, muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer die zusätzlichen Werte jährlich melden.
- (2) Teilnehmer an der Sonderregelung zu Absatz 1 Buchstabe a) erhalten vom Versicherer jährlich automatisch einen Erhebungsbogen zur Meldung der im Gutachten ausgewiesenen Beträge.

Bei der Sonderregelung nach Absatz 1 Buchstabe b) erhalten die Versicherungsnehmer vom Versicherer alle fünf Jahre automatisch einen Erhebungsbogen zur Meldung der im Gutachten ausgewiesenen Beträge.

Im Falle des Absatzes 1 Buchstabe c) erhalten auch Teilnehmer an der Gutachten-Sonderregelung gemäß Absatz 1 Buchstabe b) vom Versicherer jährlich automatisch einen Erhebungsbogen zur Meldung der zusätzlichen Werte.

## **Dritter Abschnitt**

### **Schlussbestimmungen**

#### **§ 12**

- (1) Mündliche Nebenabreden haben keine Gültigkeit. Abweichungen von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten nur, soweit sie schriftlich vereinbart worden sind.
- (2) Die §§ 4 bis 8 können aufgrund der besonderen Aufgabenstellung des Versicherers als gesetzlicher Träger der Insolvenzversicherung der betrieblichen Altersversorgung mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden, sofern dies durch Änderungen des Gesetzes oder höchstrichterlicher Rechtsprechung veranlasst ist.
- (3) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen ist der Sitz des Versicherers in Köln.

#### **§ 13**

### **Inkrafttreten**

Die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Insolvenzversicherung der betrieblichen Altersversorgung treten am 21.04.2009 in Kraft.

Die vorstehende Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Insolvenzversicherung der betrieblichen Altersversorgung wurde vom Aufsichtsrat am 21. April 2009 gemäß § 14 Abs. 3 Nr. 1 der Satzung beschlossen und mit Schreiben vom 22.04.2009 der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht als zuständige Aufsichtsbehörde vorgelegt.